UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

"LUÍS DE CAMÕES"

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DE ACONSELHAMENTO

INTERVENÇÃO PRECOCE CENTRADA NA FAMÍLIA E NA CRIANÇA

(Relatório de Estágio em Psicologia Clínica e do Aconselhamento)

AUTORA: Sandra Orneli Barreto Silva

ORIENTADORA DE RELATÓRIO: Professora Doutora Cláudia Castro

NÚMERO DA CANDIDATA: 30002334

Lisboa, fevereiro 2024

Agradecimentos

Agradeço primeiramente a Deus porque, sem Ele, não teria chegado até aqui e nem existiria.

A todos os docentes em geral, que ao longo destes cinco anos, contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional. A forma eficiente e eficaz com que nos transmitiram os conhecimentos e pelo incentivo e suporte constante no meio das dificuldades.

Aos colegas de turma pelo apoio, o companheirismo, as trocas de experiências e aprendizado durante estes cinco anos.

À Doutora Mónica Pires, supervisora de estágio, que foi fundamental para sanar dúvidas, partilhar experiências e muito nos orientar.

À Doutora Cláudia Castro, orientadora do relatório, pela eficiência e carisma em incentivar e melhorar o meu trabalho.

À querida Doutora Marta Fialho, orientadora de estágio, que me recebeu de braços abertos, encaminhou-me com destreza e muitos conhecimentos na área. Apresentou-me, com amor e dedicação, o árduo e recompensador trabalho dentro da Intervenção Precoce Infantil.

À equipa local de Intervenção Precoce pelo belo trabalho, receção e carinho com os quais me receberam.

À minha família pelas noites, pelos fins de semana e pelas horas de que abdicaram para que este sonho fosse concretizado. Obrigada, não só pelo sacrifício, mas, muito mais, pelas palavras de encorajamento e pelas orações constantes.

Aos amigos que também foram importantes no decorrer de todo o curso. Com palavras de incentivo e pela compreensão quando, em alguns momentos, falhei.

A todos o meu sincero obrigada.

“ A criança deve crescer e desenvolver-se conforme a sua natureza humana, na presença de condições biopsicossociais, com valores mínimos, proporcionando a sua felicidade e satisfação.” (Hipólito, 2011).

Resumo

O presente relatório pretende dar a conhecer o processo de estágio que decorreu no âmbito da Intervenção Precoce Infantil.

A revisão de literatura compreende a intervenção e avaliação psicológica na Intervenção Precoce com crianças dos 0 aos 6 anos de idade dentro do seu contexto diário com uma contextualização das atividades realizadas, assim como os casos clínicos que foram acompanhados e apresentados de forma mais profunda.

A intervenção surge no âmbito da Psicologia Clínica na infância em contexto domiciliar e/ou escolar, em equipas transdisciplinares que permitiram integrar diferentes perspetivas clínicas sobre uma realidade, a intervenção centrada na família.

Permitiu ainda, alargar os conhecimentos ao nível do psicodiagnóstico, terapêutica, prevenção e prognóstico das principais perturbações pedopsiquiátricas, assim como compreender a importância do psicólogo clínico numa equipa transdisciplinar direcionada as famílias e as crianças.

As problemáticas mais prevalentes foram: hiperatividade com défice de atenção, a perturbação do espectro do autismo e as dificuldades de aprendizagem. Na intervenção psicológica realizada foram utilizadas várias ferramentas e metodologias, avaliação psicológica (entrevista, observação clínica e aplicação de testes psicológicos) e o acompanhamento psicológico inspirado na intervenção centrada na criança.

Os casos retratados são discutidos salientando a nossa perspetiva, sendo fundamental o estar com e "centrado no cliente", nas suas idiossincrasias, reconhecendo que a fonte de todo o conhecimento reside na vivência intersubjetiva entre o cliente e o psicólogo (Rogers, 2004/1951).

Palavras-Chave: Psicologia clínica, Prevenção, Equipas transdisciplinares, Intervenção Precoce.

Abstract

The purpose of this report is to present the internship process that took place within the scope of Early Childhood Intervention.

The literature review covers psychological intervention and assessment in Early Intervention with children aged 0 to 6 in their daily context, with a contextualisation of the activities carried out, as well as the clinical cases that were monitored and presented in greater depth.

The intervention takes place within the scope of Clinical Psychology in childhood in a home and/or school context, in transdisciplinary teams that have made it possible to integrate different clinical perspectives on a reality, family-centred intervention.

It also allowed us to broaden our knowledge in terms of psychodiagnosis, therapy, prevention and prognosis of the main paediatric disorders, as well as to understand the importance of the clinical psychologist in a transdisciplinary team aimed at families and children.

The most prevalent problems were: attention deficit hyperactivity disorder, autism spectrum disorder and learning difficulties. Various tools and methodologies were used in the psychological intervention carried out: psychological assessment (interview, clinical observation and application of psychological tests) and psychological follow-up inspired by child-centred intervention.

The cases portrayed are discussed, highlighting our perspective, which is fundamental to being with and "centred on the client", on their idiosyncrasies, recognising that the source of all knowledge lies in the intersubjective experience between the client and the psychologist (Rogers, 2004/1951).

Keywords: Clinical psychology, Prevention, Transdisciplinary teams, Early intervention.

Índice

Introdução 10

Parte I - Revisão da Literatura 13

1.1. Intervenção Precoce na Infância (IPI) 14

1.1.1. O Percurso da Intervenção Precoce na Infância (IPI) 15

1.1.2. Contributos Teóricos 16

1.2. Metodologia da Intervenção Precoce 17

1.2.1. A abordagem Centrada na família 17

1.2.2. A intervenção centrada na família, baseada nos contextos naturais e recursos da comunidade 17

1.2.3. Problemáticas mais frequentes no âmbito de Intervenção Precoce 18

1.2.3.1. Síndrome de Klinefelter 19

1.2.3.2. Perturbação do Espectro do Autismo 19

1.3. Psicologia Clínica no contexto de Intervenção 19

Parte II - Prática do Estágio 21

2.1. Objetivos 22

2.2. Caracterização da População 23

2.3. Prática Clínica 23

2.3.1. Avaliação em Intervenção Precoce 25

2.3.1.1. Instrumentos 26

2.3.1.2. Apresentação dos casos 29

2.3.2. Caso Clínico F 29

2.3.2.1. Plano individual de intervenção 32

2.3.3.Caso Clínico D 33

2.3.3.1. Compreensão do caso 40

Parte III – Discussão 42

3.1. Caso Clínico F 43

3.2. Caso Clínico D 46

Conclusão 49

Referências Bibliográficas 51

Anexos 57

Índice de quadros

Quadro 1_ Síntese das atividades

Anexos

Ficha de caracterização da criança/família

Ecomapa

Dados pessoais

PIIP_ Programa Individual de Intervenção Precoce

Consentimento informado

Lista de Siglas

ADI-R	Entrevista para o Diagnóstico do Autismo
ANIP	Associação Nacional de Intervenção Precoce
APA	American Psychological Association
CRSS-LX	Centro Regional de Segurança Social de Lisboa
DSOIP	Direção de Serviços de Orientação e intervenção Psicológica
EBR	Entrevista Baseada nas Rotinas
EFPPA	European Federation of Professional Psychologists Associations
ELI	Equipa Local de Intervenção
EUROPSY	European Certificate in Psychology
IPI	Intervenção Precoce Infantil
M-CHAT	Modified Checklist for Autism in Toddlers
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPP	Ordem dos Psicólogos Portugueses
PEA	Perturbação do Espectro do Autismo
PIIP	Plano Individual de Intervenção Precoce
PNR	Levantamento das Preocupações e necessidades da criança
SNIPI	Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância
WPPSI	Escala de Inteligência Pré-Escolar de *Wechsler*

Introdução

O curso de Mestrado em Psicologia Clínica e de Aconselhamento da Universidade Autónoma de Lisboa tem, como componente no seu currículo, um estágio académico curricular que preconiza um total de 400 horas. O estágio curricular tem como principais atividades observações diretas da atuação dos técnicos, reuniões de equipa/orientação, intervenções diretas com as famílias, agentes educativos e clientes/utentes (crianças). Este trabalho apresenta uma breve abordagem da imensidão que é a prática da Intervenção Precoce na Infância (IPI), centrada não apenas na criança, mas na sua família. E visa a aquisição de conhecimentos e vivência do contexto dentro da Intervenção Precoce Infantil.

O estágio permitirá compreender os conceitos base assentes em modelos de promoção, capacitação, integração, colaboração e utilização das forças e recursos da família com o intuito de conhecer as necessidades, preocupações e prioridades das famílias. Permitirá igualmente adquirir competências de capacitação para ser promotora do desenvolvimento da criança, juntamente com os técnicos da IPI.

De acordo com estudos neurobiológicos, as experiências precoces na primeira infância têm um impacto significativo na estrutura cerebral; sabemos atualmente que as primeiras experiências do bebé, num ambiente de interações com os seus cuidadores, têm uma influência no seu desenvolvimento emocional, intelectual e físico (Greenough et al., 1987).

A integração do estágio fez-se dentro de uma missão das Equipas Locais de Intervenção (ELI), integradas nas Subcomissões de Coordenação Regional que, por sua vez, fazem parte do Sistema Nacional de Intervenção Precoce (SNIPI). A equipa é formada por profissionais com a finalidade de levar um conjunto de medidas de apoio na área social, da educação e da saúde a crianças entre os 0 e os 6 anos de idade com dificuldades no seu desenvolvimento infantil que dificultam a sua participação nas atividades adequadas para a respetiva idade e contexto social e/ou apresentam um risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como às suas famílias. A abordagem centrada na família é então definida como uma filosofia e um conjunto de práticas que reconhecem a sua centralidade, facilitam as suas forças e capacidades (Trivette & Dunst, 2005).

Ao longo da história da IPI a intervenção era focada na criança e nas suas dificuldades e atualmente é focada na intervenção transdisciplinar na família (pediatra, médico de família, enfermeiro, educador de infância, psicólogo, terapeuta da fala e ocupacional, fisioterapeuta, assistente social e cuidadores informais - "ama"). Esta intervenção assenta dentro dos contextos naturais da criança e das suas rotinas, promovendo o seu envolvimento nas experiências de aprendizagem.

De acordo com o decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro, a IPI é um conjunto de medidas de apoio composto centrado na criança e na sua família, com intuito de assegurar condições que facilitem o desenvolvimento da criança com alterações nas estruturas e funções do corpo, risco grave de atraso no seu desenvolvimento, fatores de risco biológico/ou ambiental, com o objetivo de melhorar as interações familiares e consolidar as suas competências numa perspetiva contínua de capacitação e autonomia da criança e da família.

Segundo o nº4 artigo 7º do decreto-lei 281/2009, é atribuído às ELI desenvolver a intervenção do SNIPI, com as seguintes funções: identificar as crianças e famílias elegíveis para o SNIPI, de imediato; assegurar a vigilância às crianças e famílias que, embora não elegíveis, requeiram uma avaliação periódica, em decorrência dos seus fatores de risco e a probabilidade de evolução; encaminhar estas crianças e famílias que não foram elegíveis mas são carenciadas de apoio social; elaboração e execução do Planos Individual da Intervenção Precoce (PIIP) de acordo com o diagnóstico da situação; identificar recursos e necessidades das comunidades da sua área de intervenção, dinamizando redes formais e informais de apoio social; reunir, sempre que necessário, com as comissões de proteção de crianças e jovens, com os núcleos da saúde de crianças e jovens em risco ou outras entidades com atividade na área da proteção infantil; assegurar para cada criança, processos de transição ajustados para outros serviços, programas ou contextos educativos; e trabalhar em conjunto com os docentes das creches e jardins-de-infância em que se encontrem as crianças integradas em IPI.

Os psicólogos têm um importante papel na promoção do bem-estar e da saúde (OPP, 2020) e o seu campo de ação é tão alargado dentro de instituições públicas quanto as problemáticas encontradas diariamente.

O relatório divide-se em três partes que apresentam o percurso percorrido no desenvolver das atividades durante o estágio.

A primeira parte integra uma revisão da literatura, que abrange o conceito da Intervenção Precoce na Infância, o surgimento da Intervenção Precoce à nível internacional e nacional, destacando alguns autores que contribuíram para o seu desenvolvimento e expansão.

Posteriormente, apresentamos a metodologia, a qual é baseada nas rotinas e contextos diários da criança, como também, no fornecimento de serviços terapêuticos e educacionais para as famílias que necessitam destes apoios para o desenvolvimento de crianças entre os 0 e 6 anos de idade.

Ressaltamos também as problemáticas mais frequentes observadas no âmbito de Intervenção Precoce proporcionando a compreensão do contexto e dos casos clínicos que foram observados/acompanhados durante o trabalho de estágio, nomeadamente a síndrome de Klinefelter, a perturbação do espectro do autismo e o atraso em desenvolvimento sem etiologia conhecida na

área emocional e social adaptativa e também o papel da psicologia clínica no contexto de Intervenção Precoce.

A segunda parte especifica os objetivos propostos do estágio curricular fundamentado na formação para o exercício da profissão de psicólogo, definidos pela Ordem dos Psicólogos Portugueses, bem como pela *European Federation of Professional Psychologists Associations* (EFPPA). Abrange a caracterização da população, a prática clínica dentro do contexto de IPI e as áreas de atuação: Avaliação Psicológica e Intervenção Individual, nomeadamente o plano individual de Intervenção Precoce, para promoção do desenvolvimento global da criança. Planos que são realizados verdadeiramente "para e com" as famílias refletem conexão e funcionalidade (Jung & McWilliam, 2005).

A terceira parte concerne os conteúdos práticos do estágio, todas as atividades realizadas, discutidas clinicamente e de acordo com a revisão de literatura. Por fim, são apresentadas considerações finais sobre este processo de aprendizagem que proporcionou a aquisição de novas competências, a perceção de algumas limitações atuais e a obtenção de sugestões futuras relacionadas com a intervenção psicológica no contexto de IPI.

I PARTE

REVISÃO DE LITERATURA

I – Revisão de Literatura

Na primeira parte do presente relatório, apresentamos uma revisão de literatura sobre a importância da Intervenção Precoce no desenvolvimento infantil. O objetivo é evidenciar o que, em termos gerais, parecem ser as características relevantes em cada etapa do desenvolvimento e, posteriormente, obtermos uma maior compreensão do desenvolvimento que é considerado fora do padrão esperado, ou seja, "normal".

Dada esta temática ser complexa e extensa, abordaremos alguns conceitos mais relevantes. Descrevemos assim as fases que caracterizam o desenvolvimento da criança destacando indicadores etários aproximados: 1ª Infância (zero-dois anos); 2ª Infância – Pré-escolar (três-seis anos); Idade escolar infantil (seis-nove anos); Pré-puberdade (dez-doze anos); Puberdade (treze–catorze anos); Adolescência (quinze-dezassete anos). (Guimarães-Lopes,1993; Schaffer, 2005).

Segundo, Papalia, Olds e Filmam (2006) o ciclo vital caracteriza-se em oito estágios: Pré-natal (da concepção ao nascimento); 1ª infância (zero - três anos); 2ª infância (três - seis anos); 3ª infância (seis - onze anos); Adolescência (onze - dezoito anos); Jovem adulto (dezanove - quarenta anos); Meia-idade (quarenta e um - sessenta e cinco anos) e 3ª idade (sessenta e seis anos em diante).

De acordo com as diferentes fases do desenvolvimento da criança, vamos focar na 1ª e 2ª infância que correspondem à população à qual o serviço se direciona. Em cada fase, indicamos as características físicas, sociais e psicológicas específicas.

1.1. Intervenção Precoce na Infância (IPI)

"Toda a teoria deve ser construída para ser praticada, e toda a prática deve cumprir uma teoria (...) Na vida superior, elas se completam, ou seja, foram feitas uma para a outra." (Fernando Pessoa, 1926).

Segundo Miranda (2013, p. 76) a IPI "é um acompanhamento qualificado, direcionado a crianças dos 0 aos 6 anos de idade em risco e/ou atraso no desenvolvimento global e as suas famílias, atuando diretamente na prevenção de dificuldades no desenvolvimento global".

A legislação portuguesa mais recente integra a IPI dentro do Decreto-Lei nº 281/2009, de 6 de outubro, que define a IPI como "um conjunto de critérios de apoio centrado na criança e na sua família, de forma preventiva e reabilitativa". Todos os conceitos dentro das revisões biográficas, remetem a IPI para uma rede integrada de serviços, recursos e apoios, tendo como objetivo

primordial o de envolver as famílias no processo de promoção no desenvolvimento e aprendizagem da criança quanto às suas necessidades específicas.

1.1.1. O percurso da intervenção precoce na infância (IPI)

Nos anos de 1960, nos Estados Unidos da América, surgiram os programas de intervenção precoce, com uma filosofia parecida à dos programas de educação compensatórias para as crianças em prejuízo social, abrangendo também as crianças com deficiências. O objetivo destes programas, designados como modelos de primeira geração (de cariz terapêutico e biomédico), decorriam em estruturas especializadas e tinham como alvo as crianças com diferentes "problemáticas". Tinham como objetivo principal evitar o aumento dos défices, abrandá-los ou extingui-los, numa abordagem monodisciplinar (Bairrão & Almeida, 2003).

No final da década de 70, surge, assim, a fundamentação das práticas de IPI através das propostas teóricas do modelo ecológico-sistémico e bioecológico (Bronfenbrenner, 1979, 1986; Bronfenbrenner & Morris, 2007) e da perspetiva transacional (Sameroff, 1983; Sameroff & Chandler, 1975).

Já durante a década de 80, surge o modelo de IPI de 2ª geração, no qual as práticas não se centralizam somente nas crianças com problemas, mas na intervenção na família e na sua comunidade.

Foi ainda na década de 80 que surgiram em Portugal os primeiros programas com uma estrutura organizativa e consistente. O que havia, até esse momento, eram experiências de estimulação precoce, tais como as das Equipas de Orientação Domiciliária do Centro Regional de Segurança Social de Lisboa e dos Centros de Paralisia Cerebral.

E, com a colaboração de especialistas internacionais durante a década de 80, expandiu-se o desenvolvimento destes programas de IPI, então inovadores, que refletiam preocupações quanto à detenção precoce de problemas de desenvolvimento, salientando as interações entre fatores biológicos, psicológicos e socioculturais e direcionados para o trabalho conjunto com a família. (Bairrão, Felgueiras, & Pimentel, 1987).

"Intervenção precoce é uma forma de apoio prestado pelos membros de redes sociais de suporte formal e informal, dirigidas às famílias de crianças em idades precoces (…) e que vai ter um impacto direto e indireto sobre o funcionamento dos pais, da família e da criança." (Dunst,1985, p.179)

O Programa Portage para Pais, um projeto de investigação-ação, criado pela Direção de Serviços de Orientação e Intervenção Psicológica (DSOIP), serviço integrado no Centro Regional de Segurança Social de Lisboa (CRSS-Lx), foi então estruturado, com base num planeamento

individualizado de objetivos e estratégias de intervenção, numa linguagem compreensível às famílias.

1.1.2. Contributos Teóricos

Foi decisivo o contributo da teoria de Dunst que, em 1985, define assim a intervenção precoce como "uma forma de apoio prestada pelos membros de redes sociais de suporte formal e informal, dirigidas às famílias de crianças em idades precoces (…) que causa um impacto direto e indireto sobre a forma como funciona os pais, às famílias e à criança." (p.179). E, em 1990, surge a intervenção que Dunst designa de 3ª geração, que tem como objetivo a ajuda voltada à família e engloba os seguintes elementos fundamentais (Dunst, 2000; Pinto et al., 2009): apoio às competências dos pais; oportunidades de aprendizagem da criança; o foco nos recursos da família e da comunidade.

De acordo com Pungello et. al (2010), uma intervenção eficaz na infância protege as crianças de efeitos negativos de longo prazo dentro de um ambiente doméstico pouco estimulante. Esta intervenção tem início bem cedo e é imprescindível que a ela se dê continuidade ao longo do percurso pré-escolar da criança.

As intervenções são definidas pelo mediador de caso, tendo em conta as necessidades da família e criança e sempre inseridas dentro do seu contexto de rotina.

De acordo com Papalia & Feldman (2013), foram identificados, noutros estudos, a presença de sete aspetos dentro do ambiente familiar nos primeiros meses de vida: o estímulo na exploração do ambiente, a monitorização do desenvolvimento de habilidades cognitivas e sociais básicas, a valorização às realizações, a orientação para a prática e o aumento de habilidades, a proteção contra desaprovação imprópria, punições e provocações, o progresso da responsividade e comunicação e a orientação e controle do comportamento. Esses aspetos irão possibilitar o desenvolvimento psicossocial e cognitivo, além de ajudar a preparar as crianças para a fase escolar, dando origem a um vínculo causal envolvendo diversas áreas do funcionamento do cérebro e também do desenvolvimento cognitivo.

1.2 Metodologia da Intervenção Precoce

1.2.1. A abordagem centrada na família

A abordagem centrada na família baseia-se num método de acompanhamento, respeitando e reconhecendo o papel primordial da família no que se refere às necessidades de cuidados específicos na vida das crianças. Tal filosofia constata que as famílias precisam de ser amparadas nos seus contextos naturais e nos seus papéis de tomada de decisão. (Brewer, et al., 1989, p.1055).

1.2.2. A intervenção centrada na família, baseada nos contextos naturais e recursos da comunidade

A intervenção precoce é um processo sistemático baseado no planeamento e no fornecimento de serviços educacionais e terapêuticos para famílias que precisam de ajuda nas necessidades de desenvolvimento de crianças entre os 0 e 6 anos de idade.

A intervenção centrada na família trabalha a promoção das competências da família para responder às necessidades da criança, em conjunto com os profissionais. A família é considerada a principal unidade de intervenção e o elemento-chave no processo de tomada de decisão, na prestação de cuidados à criança.

A família surge, em primeiro plano, na tarefa de assegurar o desenvolvimento da criança, particularmente vulnerável às agressões do meio, tais como situações de carências afetivas, econômicas e sociais, de conflito, potencialmente prejudiciais ao seu bem-estar físico e psicológico (Pires, Jesus & Hipólito, 2009).

As ELI´s são responsáveis na identificação das famílias e crianças elegíveis para o SNIPI, assim asseguram a vigilância destas crianças e das suas famílias devido a fatores de risco e à probabilidade de evolução. Também são responsáveis pela elaboração e implementação de um PIIP, de acordo com a criança em questão (Decreto-Lei n.º 281/2009). Este plano é sempre desenvolvido e implementado juntamente com a família, pois é considerada o elemento principal e indispensável na elaboração deste plano e detém um papel decisivo para que o apoio prestado pela IP seja de qualidade (Pereira & Oliveira, 2017; Pereira & Serrano, 2010).

O PIIP deve conter alguns elementos fundamentais para a eficácia dos apoios a prestar como a data do início e a duração do plano, a descrição da periodicidade das avaliações, realizadas com a criança em questão, e, ainda, procedimentos que proporcionem acompanhar a transição para o contexto educativo formal (Decreto-Lei n.º 281/2009). São essenciais a colaboração entre os

profissionais de Intervenção Precoce (IP) e os educadores dos contextos de inclusão (Boavida et al., 2018; Machado et al., 2017).

Sendo assim, quanto mais cedo a intervenção tiver início, maior será a oportunidade de se obter resultados satisfatórios no desenvolvimento da criança (Cardoso & Françozo, 2015).

Intervir precocemente, através de um acompanhamento amplo e integrado, é extremamente importante para estas crianças e as suas famílias. Seja com eficácia na prevenção ou minimizando ocorrências de problemas relacionados. O objetivo, então, é apoiar o desenvolvimento na reorganização parental que compense o desequilíbrio frequente manifestado por estas famílias (Menezes, More, Barros, 2008).

A família, portanto, é considerada consumidora dos serviços da IPI, mas, também, é capaz de tomar decisões informadas e concretizar as suas escolhas, ainda que, na maioria destas, as opções são limitadas pelos recursos e apoios da própria família.

1.2.3. Problemáticas mais frequentes no âmbito da Intervenção Precoce

Dentro das temáticas, as mais encontradas no contexto da IPI e trabalhadas pelas Equipas de Intervenção Local, dentro das rotinas diárias das crianças e em conjunto com as suas famílias e educadores abrangem: Atrasos de Desenvolvimento s/etiologia conhecida como motora, física, cognitiva, linguagem e comunicação, emocional, social e adaptativa; Atrasos de Desenvolvimento por condições específica: anomalia cromossómica (Trissomia 21/18, síndroma de X-Frágil); Perturbação neurológica (paralisia cerebral, neuro-fibromatose); malformações congénitas (síndromas polimalformativos); Doença metabólica (mucopolisacaridoses, glicogenoses); Défice sensorial (baixa visão/cegueira, surdez); Perturbações relacionadas com exposição pré-natal a agentes teratogénicos ou a narcóticos, cocaína e outras (síndroma fetal alcoólico); Perturbações relacionadas com infeções severas congénitas (HIV, grupo TORCH, meningite); Doença crónica grave (tumores do SNC, D. renal, D. hematológica); Desenvolvimento atípico com alterações na relação e comunicação (Perturbação do Espectro do Autismo); Perturbações graves da vinculação e outras perturbações emocionais.

A perturbação do desenvolvimento neurológico é um conjunto de perturbações cognitivas e comportamentais que aparecem durante o período de desenvolvimento e que implicam dificuldades significativas na aquisição e execuções de funções motoras, linguísticas, intelectuais ou sociais específicas.

Dentro do trabalho de estágio, as duas perturbações apresentadas no estudo foram a Síndrome de Klinefelter e a Perturbação do Espectro do Autismo.

1.2.3.1. Síndrome de Klinefelter

É definida pelo CID_11, como grupo de doenças cromossómicas onde existe um cromossoma X extra em relação ao cariótipo normal 46XY masculino. Aumenta os efeitos no desenvolvimento cognitivo e físico, quanto às características físicas, devido ao número de X extra, que também está relacionado com a diminuição do QI de aproximadamente 15-16 pontos, afetando mais a linguagem, em particular, as habilidades linguísticas expressivas. Apresenta o cariótipo 47 XXY; testículos pequenos (hipogonadismo) e firmes, mas diminuição da espermatogénese; fenótipo masculino com anomalias congénitas associadas, ou seja, diminuição da virilização recorrente a diminuição da produção da testosterona, tronco encurtado, pernas e braços longos, e dificuldades psicossociais.

1.2.3.2. Distúrbio do Espectro do Autismo

É caracterizado por deficiências persistentes na competência de iniciar e manter a comunicação social e a interação social mútuas e por uma sequência de padrões de interesses, comportamentos, ou atividades repetitivas, inflexíveis e restritas que são evidentemente atípicos ou exagerados para a idade e o ambiente sociocultural do indivíduo. Durante o período de desenvolvimento, geralmente na primeira infância, é quando ocorre o início deste défice, ainda que os sintomas possam não se manifestar totalmente até mais tarde, quando as imposições sociais excedem as competências limitadas. Os défices são bastantes severos para causar danos nas áreas familiar, pessoal, social, ocupacional, educacional e/ou noutras áreas relevantes de funcionamento e são normalmente um aspeto universal do funcionamento visível no indivíduo em todos os ambientes, podendo variar segundo o contexto educacional, social ou outro. Ainda assim, os indivíduos ao longo do espectro apresentam uma série completa de aptidões linguísticas e de funcionamento intelectual. (CID_11).

1.3. Psicologia Clínica no Contexto de Intervenção

Segundo Carvalho (2004), a competência de um profissional torna-se centrada na família, exigindo assim uma mudança nas crenças acerca das famílias e dos modelos considerados, para além do seu papel enquanto prestador de serviços. A sua intervenção é dirigida à criança e à família, assim como a outros técnicos de saúde, visando fundamentalmente a prevenção da saúde, com o objetivo de sensibilizar e promover competências tidas necessárias para um clima adequado a um

bom desenvolvimento cognitivo, afetivo e social da criança (Barros, 2007). Tendo em conta que o que afeta um membro da família tem impacto em todos os outros (McWilliam, 2010).

A ELI disponibiliza um profissional para cada criança e família, e este, apoiado pela equipa, serve como mediador de caso, sendo responsável tanto pela comunicação com a família, pela realização do PIIP, quanto pela ligação da comunidade com outros serviços que sejam necessários como serviços médicos, linhas de apoio social, associações da comunidade, serviços de apoio ao emprego, entre outros. Como mediador de caso, deverá respeitar a privacidade da família, a confidencialidade da informação e facultar toda a informação à família.

As crianças podem ser referenciadas pela família, pelo hospital, pelo pediatra, pelo médico de família, pelo educador de infância; algumas já estão a frequentar a creche ou o jardim de infância, sendo o acompanhamento realizado nas atividades e dentro das rotinas diárias, de forma a promover o seu envolvimento nas experiências de aprendizagem. Inclui-se também hospitais, amas e o contexto familiar.

Todo o apoio é elaborado e realizado pela Equipa de Intervenção Precoce (ELI) em parceria com a família, com todos os planos de apoio em registo, uma vez que cada família é única e dela é a última palavra sobre a melhor opção entre os diversos serviços disponíveis (McWilliam, 2003).

O psicólogo atua e intervém em toda a comunidade educativa e na família para que esta se desenvolva equilibradamente (Bairrão & Almeida, 2003). A conjugação entre a psicologia clínica, a criança, a família e as rotinas diárias permite ao psicólogo, em contexto individual, promover e/ou reforçar comportamentos saudáveis da criança e atuar na prevenção precoce do seu desenvolvimento cognitivo, social e emocional. Deverá, igualmente, intervir no contexto onde a criança se encontra inserida e promover as competências parentais e familiares, bem como a capacitação de todos os profissionais escolares que se encontram a interagir com a criança.

II PARTE
PRÁTICA DO ESTÁGIO

2.1. Objetivos

O objetivo deste trabalho é colocar em prática os princípios psicológicos, com base nos métodos e modelos, de forma a promover o bem-estar individual e/ou grupo, direcionado cientificamente. Também, como objetivo, de aplicar a prática clínica, de forma independente e certificada, em prol do desenvolvimento pessoal de competências e do crescimento profissional, para além (EFPPA,2015).

De acordo, com o *Europsy* (certificado Europeu de Psicologia) dentro dos dois grupos principais de competências: primárias e transversais. Dentre as quais, as primárias são únicas da profissão de psicólogo, e as transversais, também se aplicam a outras profissões. Tais competências são fundamentais à prestação de cuidados que sejam aceitáveis e profissionais, relacionadas exclusivamente à prática profissional da psicologia (EFPPA, 2015).

É necessário, um período de estágio, dentro da prática sob supervisão, permitindo assim, uma preparação dentro dos contextos que, futuramente farão parte da prática profissional. Também, é um período para aquisição de conhecimentos, de práticas, de se inteirar dos procedimentos utilizados e avaliar sobre as nossas atitudes e competências.

Ao iniciar o estágio, foi fundamental a compreensão das problemáticas da instituição, através da observação e do contato direto dentro dos contextos trabalhados. Foi também necessário, aprofundar nas literaturas sobre as temáticas, como no manual utilizado pela instituição. Tendo então, encaixado dentro dos parâmetros das competências primárias e transversais descritas no *Europsy*: a observação e o contato direto com a população trabalhada; perceber o papel do psicólogo em contexto real e as várias funções dentro da Intervenção Precoce na Infância; obter as informações principais quanto as necessidades de cada família; realizar avaliações psicológicas individuais; fazer entrevistas clínicas para o planeamento individual das intervenções; relatórios; participar em reuniões de equipa (discussões e atribuições de casos) e formações; reavaliar a eficácia das intervenções aplicadas e o cumprimento destas; estabelecer uma boa relação e/ trabalhar em equipa, cooperar nas atividades, ser proativa e sobretudo responsável; são fundamentais para a nossa prática futura.

Os desenvolvimentos destas competências foram essenciais para a continuação do processo de desenvolvimento pessoal, que são base para o exercício responsável e comprometido dentro da prática clínica.

2.2. Caracterização da População

A evolução da IPI em Portugal coincide com a mudança de paradigma neste campo, verificada um pouco por todo o mundo ocidental.

O alvo inicial eram as crianças de 0 a 3 anos com "deficiência". Os contextos onde eram realizadas as intervenções: os centros de estimulação, os centros terapêuticos e as instituições.

As práticas utilizadas até então, era "Pronto-a-vestir", direcionada ao desenvolvimento da criança e apenas centrada na criança e baseada nos seus "défices".

Referimo-nos concretamente à população-alvo, contexto, às práticas, aos objetivos e resultados, ao papel de profissionais e famílias, assim como à dinâmica do trabalho de equipa e ao modelo organizativo dos serviços intervenientes.

O alvo dos serviços passou a incluir para além das crianças dos 0 a 6 anos com problemas estabelecidos no seu neuro desenvolvimento também crianças de alto risco, biológico ou ambiental.

Não se preconiza hoje um contexto-tipo para a IPI. Há que considerar uma variedade de fatores na escolha do ambiente adequado para intervir com uma criança particular: tipos e gravidade dos problemas ou fatores de risco, recursos existentes e disponibilidade da família, entre outros. O domicílio, a ama, o infantário, o centro de saúde ou qualquer local na comunidade podem ser adequados, desde que sejam contextos naturais (Dunst et al., 2010)

Cada criança apresenta uma série de necessidades e problemas únicos e vive numa família única, com prioridades e recursos diferentes de todas as outras. Da mesma forma, cada comunidade tem necessidades e recursos muito particulares. Só práticas individualizadas, "feitas à medida", podem dar resposta adequada a cada caso.

2.3. Prática Clínica

As práticas clínicas realizadas no contexto de intervenção na instituição, obedeceram o Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (OPP, 2011). Seguindo, os princípios éticos indispensáveis para a atividade em supervisão, e em qualquer contexto ou área de aplicação.

Seguindo as direções traçadas pela instituição, as atividades aplicadas foram adaptadas para os locais de intervenção e de acordo, com as suas diferentes necessidades e realidades. Cumprindo assim, os objetivos dentro do expectável. (Quadro 1).

No início, dedicava as observações, e a forma de trabalho realizada dentro da instituição e nos locais de intervenção como; ao domicílio; creche e infantário.

Dentre as quais, imergimos no conhecimento e na prática; dos instrumentos utilizados, dos programas psicoeducacionais, na diversidade de funções do técnico em campo, nas formações e

interações com os diversos profissionais da área de saúde e educação, nas reuniões de equipa para discussão e distribuição dos casos, como também, na elaboração de materiais para intervenção, preparação e execução da intervenção. Também, de uma supervisão contínua e presente, dentro e fora dos locais de intervenção, que foram imprescindíveis para a obtenção de conhecimentos, esclarecimentos e ajudaram assim, no desenvolvimento de competências para a intervenção direta com as crianças e as famílias. O investimento nas formações, oferecidas pela instituição e ministradas pelos profissionais dos hospitais, de temas relacionados com as problemáticas encontradas dentro dos contextos da IPI, contribuíram ao longo do processo com maior valia, a formação profissional.

Quadro 1

Síntese das atividades	
Acolhimento	Familiarização com a missão da Eli; familiarização com as crianças/ famílias e educadores.
Observação	As atividades desenvolvidas com as crianças; reuniões de equipa; visitas ao domicílio, creches /infantário. Processos e passos para o acolhimento da criança; entrevistas/ avaliação e diagnóstico.
Estudo/organização	Pesquisa teórica e revisão de literatura.
Participação	Reuniões de equipa/ hospitais/com os pais e educadores; formações complementares; processos e passos para o acolhimento da criança.
Preparação	Atividades/materiais e sessões para as intervenções; avaliação e diagnóstico.
Supervisão	Dentro/fora do contexto

2.3.1. Avaliação em Intervenção Precoce

De acordo com a (APA, 2020), a avaliação psicológica é uma prática complexa e sistematizada que pode assumir variados objetivos. É um procedimento exclusivo dos psicólogos e tem um peso relevante em todo o seu trabalho.

Segundo Hogan, (2006), a observação clínica, uma das principais técnicas utilizadas no processo da AP, e que permite a recolha significativa de aspetos relacionais e comportamentais inserido na história de vida do sujeito e dentro do contexto da observação.

Dentro da ELI, a AP é realizada em caso de necessidade/compreensão da criança ou de um pedido específico (do médico, da família, da escola), com o objetivo de obter um conhecimento mais detalhado do desenvolvimento cognitivo e afetivo da criança, para um planeamento individualizado da intervenção das problemáticas apresentadas.

A metodologia SNIPI preconiza o preenchimento de vários documentos nacionais /oficiais após o pedido de referenciação. Estes são, ficha de Caracterização, ficha de Critérios de Elegibilidade, PIIP - Programa Individual de Intervenção Precoce, Programas de suporte à família, Programas de Competências direcionados para a criança e Programas mistos (de suporte à família e de competências).

Entre os instrumentos de avaliação utilizados pelos psicólogos responsáveis pelos casos atribuídos encontram-se : A Escala de Desenvolvimento Mental Ruth Griffiths 2-8 anos; *Growing Skills* II (Escala de Avaliação das competências no Desenvolvimento Infantil, dos 0 aos 5 anos), Escala de Avaliação do Desenvolvimento *Mary Sheridan* Modificada; Currículo Carolina - Avaliação e Exercícios para Bebés e Crianças Pequenas; Desenho Livre; Teste do Desenho da Figura Humana; Teste do Desenho da Família de Corman; *Modified Checklist for Autism in Toddlers* (M-CHAT), ADI-R Entrevista para o Diagnóstico do Autismo – Edição revista; WPPSI - Escala de inteligência pré-escolar de *Wechsler*, Baby Bender, Matrizes Coloridas de *Raven*, Figura Complexa de Rey – B. Inclui-se igualmente, os materiais do próprio SNIPI que apoiam a avaliação da funcionalidade e competências da criança, tais como: Entrevista SNIPI, Ecomapa, PNR – Levantamento das Preocupações e necessidades da criança, PORTAGE e EBR - Entrevista baseada nas rotinas.

Concluída esta etapa, são iniciadas às intervenções com base no PIIP, um instrumento de suporte, um guia com objetivo fulcral de *empowerment* da família, elaborado pelo técnico de intervenção precoce e a família.

Assim, de maneira a promover o desenvolvimento e o bem-estar emocional e social das crianças, os profissionais e educadores tem como função, fazer um trabalho direto com as crianças,

e empenhar-se para ajudar os pais a apoiar o desenvolvimento dos seus filhos (Mahoney & MacDonald, 2007).

A seleção dos instrumentos de avaliação teve como objetivo ir de encontro as dimensões do funcionamento psicológico: as competências, emoções, cognições comportamentos e o desenvolvimento mental. Após a avaliação é elaborado um relatório que deve ser enviado ao médico, as instituições escolares com as informações solicitadas, é também, apresentado em reunião aos pais e educadores, informando sobre as competências e as dificuldades observadas nas áreas específicas.

Neste contexto em específico tendo em consideração o momento de estágio, aplicamos conjuntamente instrumentos considerados mais utilizados dentro da intervenção precoce. Seguindo o protocolo pré-definido pela instituição, e definido pelo mediador do caso, dentro da necessidade e/ou pedido.

Após a referenciação da criança, e o contato com a família, começa então o processo de avaliação, com a recolha de dados, avaliação /identificação das competências funcionais da criança, como também, das características do contexto e das preocupações, prioridades e recursos da família. Estabelece se então, a definição dos objetivos, percurso a fazer e quais os recursos disponíveis de acordo com as necessidades apresentadas e dentro dos contextos naturais da criança no decorrer da intervenção.

Durante o período de estágio, após a integração na equipa, da interação da instituição e do trabalho realizado, da revisão de literatura e do período de observação da prática da intervenção precoce, participámos em várias entrevistas (EBR), apoio a outros técnicos, aplicações de testes, reuniões com pais/educadores, reuniões semanais para discussão dos casos, intervenções domiciliárias e em instituições, numa prática supervisionada.

2.3.1.1. Instrumentos

Escalas de Desenvolvimento Mental Ruth Griffiths 2-8 anos. (EDMG; Griffiths, 1970 ; tradução e adaptação portuguesa, Ferreira et al., 2008) avaliam de forma aprofundada o desenvolvimento das competências da criança, dentro do processo e ritmo do seu crescimento e maturidade, no que diz respeito, as suas aptidões cognitivas, sociais e motoras. Realizadas a partir da observação direta, das informações através dos cuidadores e dos testes (Bondurant-Utz & Luciano, 1994; Meisels, 1996; Nuttal, Romero & Kalesnik, 1992; cit. in Luiz et al. 2006).

A escala compõe-se de 228 itens: sendo 108 na seção III e 120 na seção IV, e abrange as seis áreas específicas do seu desenvolvimento, sobretudo: A – Locomoção: avalia a motricidade global, incluindo coordenação motora, controle dos movimentos e equilíbrio; B - Pessoal / Social:

avalia as suas competências em relação a autonomia nas atividades diárias, a sua independência e também, a sua capacidade de interação com os pares; C - Audição / Linguagem: avalia a linguagem expressiva e recetiva; D - Coordenação Olho / Mão: avalia as capacidades visuo-motoras, destreza manual e motricidade fina; E – Realização: avalia as competências visuo-espaciais, incluindo a rapidez de precisão e execução; F – Raciocínio Prático: avalia a capacidade em ordenar sequências, na resolução de problemas práticos e questões morais.

É administrada normalmente, entre 60 e 90 minutos (Luiz et al., 2006).

As normas utilizadas para a cotação desta prova, são da população britânica, ainda que, traduzida e adaptada para população portuguesa, tendo em conta que, os valores estatísticos obtidos devem ser interpretados com alguma ponderação. Após a administração da "Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths" (2-8 anos), as provas são cotadas de acordo com os critérios de cotação apresentados no manual de administração. De acordo com as normas do manual, são obtidos os resultados de cada subescala e posteriormente o Quociente de Desenvolvimento (Q.D), que deriva da média dos resultados brutos das seis subescalas. Para a realização da análise dos resultados, torna-se imprescindível ter em atenção a idade cronológica da criança aquando do momento da avaliação (Luiz et al. 2006).

É feita a recolha de informações pelo examinador, em relação ao tipo de comportamento apresentado pela criança nas diversas áreas. Verifica-se os resultados com base na totalidade de itens que a criança realiza. Tendo em conta que, a versão portuguesa da *Griffiths* é uma tradução da versão original inglesa. Então, os resultados correspondem a tabela de normas realizadas na classificação no Reino Unido.

Os valores obtidos podem ser convertidos em resultados padronizados (percentis e notas-z) para cada Subescala e para a Escala Geral, dos 24 aos 96 meses (com intervalos de 6 meses). De acordo com o estudo, a Escala Geral revelou um excelente nível de fiabilidade, com um valor de Alfa de Cronbach de .97.

Growing Skills II (Escala de Avaliação das competências no Desenvolvimento Infantil, dos 0 aos 5 anos). (SGS II; Bellman et al., 1996; versão portuguesa, Machado, M & Varajidás, C. A., 2003) é um instrumento de rastreio do desenvolvimento das crianças, com uma vasta extensão de aplicação relativamente ao intervalo de idades em que é aplicável, as características do desenvolvimento que abrange e da diversidade de profissionais a que é dirigida (como enfermeiros, pediatras, professores, educadores, psicólogos etc.).

A SGS II tem uma duração média de 20-30 minutos. Reunindo os critérios científicos de validade e fidelidade, científica e clínica, exigidos a este tipo de instrumento. Apresenta algumas vantagens como, uma avaliação rápida, além da simplicidade na aplicação do equipamento e dos

itens que compõem as diferentes escalas. Os resultados, quantificados, são de fácil interpretação, quer para os profissionais, quer para os pais das crianças avaliadas. A SGS II oferece instruções bastante detalhadas quanto a aplicação e utiliza materiais de estímulo bastante atrativos para as crianças. A SGS II permite avaliar o desenvolvimento infantil em seis aspetos, através de 9 escalas: Função Motora Grosseira e Postura (Controlo Postural Passivo; Controlo Postural Ativo; Competências Locomotoras); Função Motora Fina (Competências Manipulativas); Visão (Competências Visuais); Competências Auditivas, na Fala e Linguagem (Audição e Linguagem; Fala e Linguagem); Desenvolvimento Social (Interação Social); Desenvolvimento Social (Autonomia Pessoal). Também, integra avaliação da área Cognitiva, já inserida nas nove áreas.

A Folha de Registo que faz parte da SGS II, oferece a monitorização da evolução do desenvolvimento da criança, em quatro momentos de avaliação distintos, ao longo do tempo. Também, a Folha de Perfil permite uma visualização rápida e é de fácil compreensão quanto ao nível de desenvolvimento nas diversas áreas de competências. Este perfil facilita a comparação, das áreas de competências, da idade de desenvolvimento relativamente com a idade cronológica, evidenciando os pontos mais e menos fortes. De acordo com os resultados da versão portuguesa da SGS-II, esta tem propriedades psicométricas adequadas ao rastreio do desenvolvimento infantil, com coeficientes de consistência interna adequados e excelentes (≥0.7), com resultados semelhantes aos obtidos nos estudos de confiabilidade da versão inglesa.

As Matrizes Coloridas de *Raven*, (MPCR; Raven, 1947) constitui um dos instrumentos de avaliação da inteligência não verbal existindo em três versões: Geral (Standard Progressive Matrices - SPM) constituída por 60 itens (12 em cada série – A, B, C, D e E), a forma especial ou colorida (Coloured Progressive Matrices – CPM) com 36 itens (12 em cada série – A, AB e B) e a forma avançada (Advanced Progressive Matrices – APM) composta por 48 itens (12 numa série – Set I e 36 noutra – Set II). A prova é constituída por um conjunto de tarefas não-verbais, com o objetivo de medir as competências do indivíduo a apreender relações entre figuras. De acordo com às instruções da prova, o sujeito necessita de indicar a figura que julga resolver a sequência apresentada. As Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (MPCR), versão utilizada no presente relatório, é constituído por uma matriz de figuras geométricas, em que cada matriz tem uma lacuna que deve ser preenchida por apenas uma das 6 a 8 figuras/respostas que se encontram no fundo da página. Mediante as respostas, é permitido avaliar a capacidade de raciocínio e de solução de problemas ante a um conjunto de opções.

Normalmente a Forma Colorida é adequadas para crianças, com itens constituídos por uma matriz de figuras geométricas abstratas, existe em maioria itens coloridos e alguns a branco e preto (Almeida, 2009).

2.3.1.2. Apresentação dos casos

No decorrer do estágio, foram realizados uma avaliação psicológica e um acompanhamento de intervenção direcionados a elaboração deste relatório. Os casos selecionados, devem-se à sua complexidade e o seu processo de evolução terapêutica. No estudo do caso F, diagnosticado com a Síndrome de Klinefelter, e esta evidencia um risco no seu desenvolvimento global, a avaliação psicológica permitiu a elaboração de uma intervenção individual referente a esta criança; no estudo do caso D, apresentando também um grande desafio, pela complexidade familiar no decorrer da intervenção individual, onde tive a oportunidade de aplicar os conhecimentos adquiridos e ao mesmo tempo a recolha de informações sugeridas em supervisão.

2.3.2. Caso F.

É uma criança do género masculino, nacionalidade portuguesa, de 5 anos. Foi referenciado pela educadora da creche, por apresentar dificuldades da fala e do desenvolvimento para a sua faixa etária. Revelou os critérios de ilegibilidade para estar inserido num programa de intervenção precoce e usufruir de acompanhamento pelo Serviço Nacional de Intervenção Precoce.

Descrição Clínica. O F nasceu de uma "inseminação artificial "[sic], gravidez está planeada e desejada. Devido a idade da mãe, foi realizada uma amniocentese, onde foi detetado que o bebé apresentava um cromossoma X extra. Diante desta descoberta, a mãe não exitou em levar a gravidez adiante pois, "seria a única oportunidade de ser mãe, devido a baixa produção de óvulos" [sic], mesmo com receio e sabendo de todas as dificuldades que teria de enfrentar. Devido a fragilidade familiar existente, a mãe agarrou-se a ele como que um consolo, "sua salvação"[sic] . Tendo sempre o apoio e a presença incondicional do seu avô materno. Ainda assim, o F tem um grande suporte da família em todas as áreas da sua vida. Ele vive com a mãe e o avô materno. A mãe é muito interessada e proativa em relação ao seu desenvolvimento.

O F é seguido no Hospital da Estefânia pela pediatra de desenvolvimento_ em Genética, apresentou um atraso de desenvolvimento global relativamente adequado para a sua idade e por apresentar a Síndrome de Klinefelter. Após ser inserido numa creche são detetadas pela educadora, dificuldades na fala e no seu desenvolvimento mental . A educadora de imediato, orienta a mãe para procurar ajuda. Com o relatório da educadora e a avaliação de desenvolvimento realizada pela pediatra, o F foi referenciado para uma Intervenção Precoce Infantil.

A mãe recebe esclarecimento e apoio necessário. Como também, as diretrizes a seguir, a partir da entrevista com a Equipa da Eli e desde então, estabelecem o início da Intervenção com o F.

O F não teve dificuldades na adaptação na creche, apresenta uma aparência sempre limpa e cuidada. É um menino cooperante e educado, mas com alterações da atenção e/concentração. Dispersa com facilidade, o que o faz perder o foco. Reage por vezes, com alguma agressividade que são adaptativos no presente, por serem lábeis e sensíveis, devido a Síndrome de Klinefelter. Acompanha bem o ritmo das atividades em relação aos outros.

Em casa há um excesso de zelo por parte da família, pela fragilidade da mãe, devido a sua perda familiar e o seu estado deprimido. O que acabou por potenciar uma satisfação imediata dos desejos e vontades do F, que na altura fez muito sentido. Refletindo na dificuldade de partilha e interação com outros.

É acompanhado na pediatria em vigilância e foi pedido uma nova avaliação psicológica para análise da sua evolução quanto a sua regulação emocional e o seu desenvolvimento cognitivo.

Ele beneficia de um acompanhamento semanal em contexto escolar e em articulação com a família, que tem sido um diferencial para a sua evolução.

Observa-se que a intervenção tem surtido efeito, ao longo dos anos.

Avaliação Psicológica. Durante todo o momento de avaliação, o F teve um comportamento muito participativo, ativo e investido nas tarefas propostas. Revelou pensamento organizado ao contexto, uma boa flexibilidade cognitiva, bons níveis de comunicação que permitiu uma interação recíproca. Manteve-se atento as tarefas; ultrapassou as dificuldades que foram surgindo em termos de provas.

Embora que, em alguns momentos apresentou algumas fragilidades em lidar com alguma frustração, quando lhe dá mais trabalho, ou sente que está com alguma dificuldade em chegar a resposta, por vezes fica um bocado amuado, desiste, pede para trocar a tarefa, apresentando um comportamento um pouco infantilizado.

Teve uma boa cumplicidade durante a avaliação, o que tornou as coisas mais fáceis de aferir o seu verdadeiro potencial.

Resultados. De acordo com a escala de desenvolvimento mental de Ruth Griffiths, apresenta um atraso de desenvolvimento global (- 1 desvio padrão) em relação às crianças da sua faixa etária. Revela um perfil de desenvolvimento ligeiramente heterogêneo, por se verificar diferenças significativas em todas as áreas do desenvolvimento infantil com especial incidência na área da motricidade global, autonomia e linguagem expressiva. E igualmente frágil no seu desenvolvimento sócio emocional, é uma criança imatura que nem sempre consegue regular as suas

emoções e necessita da estruturação do adulto. Apesar das fragilidades mencionadas, revela até a data, uma cognição não verbal adequada à sua faixa etária, capacidade de compreensão verbal e um pensamento adequado ao contexto.

De acordo com a Síndrome de Klinefelter evidencia um risco no seu desenvolvimento global, e por esse motivo necessita de vigilância médica e de acompanhamento terapêutico de forma a minimizar possíveis complicações que possam surgir, e comprometer a evolução das suas aprendizagens.

Como um direito que lhe assiste, deve beneficiar do subsídio de bonificação por deficiência e também do subsídio de educação especial para Terapia da Fala e apoiar a família face às despesas inerentes ao processo terapêutico necessário.

Análise dos resultados. A avaliação realizada em termo intelectuais, dado as circunstâncias da Síndrome de Klinefelter, apresenta um funcionamento intelectual na média superior. Sabe-se que F, é muito estimulado pela mãe, sobretudo na linguagem, que desde o início da intervenção observa-se uma grande evolução.

Em relação, a flexibilidade cognitiva é muito boa. Revela um perfil ligeiramente heterogêneo e que vai se evoluindo com normalidade.

Apresenta fragilidade na motricidade global e fina. Revela valores na área verbal superiores a área da concretização práticas das tarefas.

Tem uma integração linguística excelente, boas competências lexicais e capacidade de expressão do pensamento.

Reage impulsivamente a algumas situações, devido a sua ansiedade. Por vezes, um pouco agressivo, mas uma agressividade natural, e o que "*é bom pois faz parte da idade do seu desenvolvimento e visto que tem baixa - testosterona, devido a apresentar um cromossoma feminino a mais, isso é positivo"*[sic]. Na área **global***,* está com melhores resultados em relação aos conhecimentos dos objetos, em exprimir as suas razões e fatos dos acontecimentos, boa noção da aritmética mental para a sua faixa etária e uma boa memória auditiva. Em valores normais, na identificação e explicação dos significados das palavras, e conceito de semelhança tem um funcionamento mais abstrato, em fazer analogias entre vários conceitos.

Quanto à **socialização***;* segue o grupo, interage com os pares, mas nem sempre reage bem a determinadas situações. Por vezes, apresenta um comportamento opositor, e apresenta dificuldade em partilhar a atenção do adulto, por não "*gostar que fale com outras crianças"*[sic].

Quanto à **linguagem**; tem imenso vocabulário, relacionado com a escola, com a família e com a sua vivência; boa construção de frases e comunicação.

A nível da **autonomia**, em termos escolares vai seguindo bem dentro da sua faixa etária como a higiene, alimentação e a cesta. Apresenta dificuldade na hora do sono na cama em casa.

A nível da **cognição,** tem boas competências cognitivas, de acordo com a sua faixa etária.

A nível do **desenvolvimento motor**, apresenta algumas fragilidades/dificuldades (em atirar e receber objetos), e em termos gráficos (perda da força, traçados).

Nas provas de **realização***,* revelou maior parte dos valores normativos, nas tarefas de planeamento motor, organização e processamento visuo-espacial. E em decompor elementos e constituir outros de forma a formar significados.

Em termos **emocionais**, é uma criança equilibrada, humor estável, regulado emocionalmente. Está inserido numa família organizada; afetiva, e de suporte com apoio em todas as áreas de sua vida.

2.3.2.1. Plano de Intervenção Individual. De acordo com a Síndrome de Klinefelter evidencia um risco no seu desenvolvimento global, e por esse motivo necessita de vigilância médica e de acompanhamento terapêutico de forma a minimizar possíveis complicações que possam surgir, e comprometer a evolução das suas aprendizagens.

Como um direito que lhe assiste, deve beneficiar do subsídio de bonificação por deficiência, e também do subsídio de educação especial para Terapia da Fala e apoiar a família face às despesas inerentes ao processo terapêutico necessário.

Aconselha-se a continuação do acompanhamento médico; intervenção precoce no seu desenvolvimento e terapia da fala para as suas dificuldades de linguagem expressiva.

2.3.3. Caso clínico D

É uma criança do género masculino, nacionalidade portuguesa, de 3 anos e 3 meses. Foi referenciado pela pediatra do Hospital de Cascais, por apresentar atraso de desenvolvimento sem etiologia conhecida na área emocional, linguagem e comunicação que advém de uma Perturbação do Espectro do Autismo.

Revelou os critérios de ilegibilidade para estar inserido num programa de intervenção precoce e usufruir de acompanhamento pelo Serviço Nacional de Intervenção Precoce.

Descrição Clínica. O D. foi fruto de uma gestação vigiada, parto eutócico, adequado à idade gestacional, índice de apgar adequado e passou no rastreio auditivo à nascença. Após o nascimento, ficou sempre aos cuidados da mãe que está desempregada e da avó materna, sem nunca ter frequentado a creche, *"por eu ter receio que sofra o mesmo que as irmãs."* [sic].

O D. vive numa família composta por 6 elementos: o pai, a mãe, duas irmãs mais velhas (fruto de um relacionamento anterior da mãe), cujo pai vive em França e quando vem de férias a Portugal reivindica o direito de estar com as filhas. Também vive em casa do D. um tio materno. O D. também tem uma irmã, com 4 anos (parte do pai) que vivia também, em sua casa e foi retirada por suspeita de abuso sexual por parte do pai e maus-tratos por parte da mãe de D, mas no presente, encontra-se institucionalizada e por isso, não dispõe de uma relação mais próxima. O pai de D. tem problemas de consumo de álcool e já esteve preso por roubo.

As condições familiares são bastante precárias e há muitas dificuldades, não só financeiras, como também emocionais. Ainda assim, percebe-se um grande esforço, por parte da mãe e da avó, em superproteger o D, por existir na família, muitas questões judiciais, *"que envolvem abusos físicos e sexuais, relacionados com as irmãs mais velhas e o pai destas"*[sic], com processo a decorrer na polícia judiciária.

Dentro do meio familiar, observa-se uma grande disfunção em todas as áreas, relacionadas com as vivências traumáticas experienciadas não só pela mãe, mas também, pelas irmãs, que perpetuaram alguns comportamentos poucos saudáveis.

Nos marcos de desenvolvimento psicomotor sem alterações até aos 24 meses. Por volta dos 18 meses, observou-se atraso no desenvolvimento da linguagem e comunicação (verbalizava algumas palavras e deixou de as verbalizar); também, alterações de comportamento aos 26 meses (deixou de dar afetos e abraços); apresentando comportamento desatento e alheado; dificuldades na interação com as outras crianças, brincando sempre sozinho (já não brinca com os carrinhos e até com a mãe); não fazia contato ocular; nem reagia a sons intensos e/ou súbitos. Apresenta-se sob o aleitamento materno associado a alimentação diversificada, embora com alguma aversão a

determinadas texturas e bolachas mais areadas. Ele come sozinho alguns alimentos como cereais secos. A sopa é oferecida por um adulto à boca. Quanto ao controle dos esfíncteres, o D ainda usa a fralda.

O D. apresenta alguns comportamentos estereotipados e restritivos: esfrega frequentemente a testa e a cara_ exploração sensorial (sobretudo quando tem sono); rodopia sobre si mesmo e ri-se sozinho; saltita de um lado para o outro, *"alinha pedras à porta de casa, alinha as molas das roupas e seria por cores"*[sic]. Apresenta hipersensibilidade a algumas texturas e a brincadeira é muito pouco construtiva, atirando tudo para o chão.

Ele beneficia de um acompanhamento quinzenal em contexto domiciliário e em articulação com a família, que se esforça no acompanhamento, ainda que este seja precário.

Observa-se que a intervenção tem surtido efeito, apesar das interferências em muitas das sessões, onde muitas das vezes, é necessário mudar de local e também, o fato de encontramos outras pessoas na casa, além do D e da avó. O que dificulta o bom desenvolvimento na sessão.

O D. revela alterações do sono que advém das alterações comportamentais e no presente, é medicado com Melamil (gotas).

É seguido na pediatria do Hospital de Cascais, no Centro de Saúde da sua área de sua residência e beneficia igualmente, de acompanhamentos no Centro de Medicina Física e Reabilitação de Alcoitão no desenvolvimento.

Os pais foram encaminhados para "Centro de Medicina Física de Reabilitação de Alcoitão" (Capacitação dos cuidadores com estratégias para a promoção da comunicação e aconselhamento parental).

O D. foi avaliado através da SGS II_ Shedule of Growing Skills II, onde se verificou um atraso de desenvolvimento global (-2 desvio padrão) bem como um perfil heterogéneo, por se verificarem diferenças significativas nas diversas áreas que dizem respeito ao desenvolvimento infantil.

O D apresenta igualmente, uma Perturbação do Espectro do Autismo com implicações na comunicação, interação social e comportamentos repetitivos e/ou interesses marcados por objetos e temas específicos.

Descrição das sessões

Primeira sessão. Foi realizada pela orientadora, com duração de quarenta e cinco a cinquenta minutos, variando de acordo com a predisposição da criança e com periodicidade quinzenal. Tal processo de intervenção decorreu ao longo de sete sessões. Com orientação dentro da intervenção sistémica que é própria da Intervenção Precoce.

Com todo o processo do D em andamento, como a entrevista clínica (anamnese), e os outros passos utilizados pela IP, dando seguimento ao processo, onde a intervenção será realizada na casa e na presença da avó materna que, participa das sessões. De acordo com a observação realizada, após uma breve apresentação da orientadora, não se registou nenhum desconforto por parte da criança. O D. começa por manusear alguns brinquedos, tendo em conta que, a relação terapêutica foi estabelecida com naturalidade e a minha presença não causou nenhum incômodo.

Durante a sessão, o D estava acompanhado da avó materna, e encontrava-se na sala, já a nossa espera, sempre alegre. Ao longo das sessões realizadas pela orientadora o D demonstrava ser uma criança agradável, retraído, mas aos poucos, interagia após um período de contato com os adultos.

Segunda sessão. A partir desta sessão, já realizada pela estagiária, mas, supervisionada/acompanhada pela orientadora. Tendo como principal objetivo, compreender as vivências do D, as suas dificuldades e os seus sentimentos, de entender o seu funcionamento e incongruências no intuito de possibilitar um crescimento psicológico (Rogers, 2004/1951). Como já estávamos no processo de observação, já existia uma relação de proximidade entre ambas as partes. D apresenta uma familiaridade emocional manifesto e expressa um à-vontade quanto a minha presença. Ainda que bem reservado, estava muito alegre e veio logo ao nosso encontro.

Observa-se que, o D usufrui do brincar, como forma de se expressar e se comunicar. E, é através do jogos, da música e dos brinquedos, que esperamos construir um caminho, ainda que em passos lentos; facilitar a sua expressão e a se libertar para o autodesenvolvimento.

Numa primeira fase ele faz uma exploração dos brinquedos e jogos que tínhamos a disposição no tapete e fico a observar sua reação aos materiais, qual o seu interesse. Então, ele escolhe um livro e folheia. Ele aponta algumas imagens e repete alguns nomes, aproveito para manter uma comunicação com ele, repetindo as palavras balbuciadas e a cada toque dele nas imagens, cito o nome desta. Ele admira cada figura e cada detalhe do livro,com o toque, Mas, após algum tempo, perde o interesse e começa a ficar impaciente. Como é comum nas suas condições, mantêm o foco por um período mais curto, numa mesma atividade.

Começa por manusear alguns anzóis e alguns peixes com ìmans para brincar à pesca. Fica muito entusiasmado e começa a trabalhar, mas com dificuldade, quanto à motricidade fina. Pesca alguns, fica ansioso e agitado, foge para a sua avó como forma de se regular.

Observa-se que, ele volta; mostra-se bastante relutante e quer retirá-los com a mão. Ele oferece-me um anzol, para e observa que, utilizo o anzol para levar o peixe até a caixa. Então, recomeça e cumpre a tarefa até o fim; o levar o peixe no anzol até a caixa.

Ao fim da tarefa, o D passa a arrumar as peças, e estas tem uma determinada ordem. Contudo, ele sente-se mais confortável para organizar da sua forma, com alguma rigidez; por fila e na ordem específica, mostrando alguma resistência. Quando coloco as peças em outra posição, ele não consegue avançar, então, arruma estratégias para completar a tarefa a sua maneira. Finalizada, o D sente-se muito confortável e feliz.

Ele volta sozinho ao livro, aponta algumas figuras e diz algumas iniciais. Aproveito para trabalhar a linguagem compreensiva,nomeando as imagens, a medida que ele vai fazendo as associações. Observo que, ele retira as figuras sempre pela mesma ordem e coloca-as em fila.

Entre uma e outra tarefa começa a ficar agitado e a apresentar comportamentos estereotipados, então, seguro-lhe as mãos e começo a cantar e a fazer-lhe festinhas no rosto. Ele sorri e volta a acalmar-se. Observa-se que ele é um menino muito musical, apresenta uma hipersensibilidade auditiva.

O D vai buscar um puzzle e vai encaixando as peças, através da tentativa e erro, fica assim, por um período razoável e quando sente a primeira dificuldade, procura ajuda.

No final da sessão, é aconselhado a mãe que, todas as vezes que, o D apresentar comportamentos estereotipados e restritivos, que direcionasse para outro sítio, para que o cérebro vá compreendendo e assim, passa a dessensibizar o foco.

Terceira sessão. O D apresentava muita agitação, a mãe estava em casa. E isso, atrapalhou muito a interação e atenção/concentração. Então, distribuo os materiais pelo tapete, no intuito de que ele possa mostrar algum interesse.

Ele então começa a manusear algumas imagens; segura o dedo da estagiária e aponta para as imagens na tentativa de esta verbalizar o nome do objeto. Repete várias vezes e começa a verbalizar: Oh não... e vamos repetindo o que ele diz. Com o objetivo de, trabalhar a identificação e nomeação do vocabulário. Como o D mostra interesse na tarefa, oferecemos a ele, as figuras, uma de cada vez, para trabalhar a associação de imagens/categorização, noção de igual. A tarefa dura por um período bastante razoável.

Ele fica novamente agitado e então, voltamos a cantar e tocar-lhe as mãos. Reconhecendo que o tempo da criança deve ser respeitado, mantivemos por isso, uma atitude de aceitação.

Ele sorri e vai buscar as canetas e uma imagem para pintar. D tem uma tríade razoável, mas pouca persistente nas tarefas e necessita de apoio constante.

Ele retira as canetas dentro do estojo, retira a tampa, rabisca o desenho, mas não arruma as canetas. Então, utilizo as canetas para trabalhar pedidos e respostas, e peço que ele entregue a mãe/

ofereço a ele uma caneta (dá-me), mas ele se opõe. Inicia as estereotipias com os olhos, com o objetivo de se regular. Começamos a cantar e ele volta a acalmar.

Contudo, ao contrário do que era esperado, a presença da mãe, por vezes, causava um desequilíbrio ao bom andamento da intervenção.

Quarta sessão. Chegamos a casa da avó e somos recebidas pelo D com um grande sorriso. Ele de início, fica um tanto distante. Porque queria ficar a ver o "Panda".

Começo a distribuir os materiais no tapete, onde trabalhamos com ele. D vai se chegando e começa a manusear os materiais.

O nosso objetivo é estimular a brincadeira simbólica; ou seja, que ele arrume os alimentos e produtos da cozinha (armário); colocar a manta na cama; colocar os animais na mesa e "dar a papa". A medida que ele pega o objeto e mostra me, verbalizo o nome e peço para repetir. (repetiu apenas as iniciais de algumas). Mas, percebeu-se que, associava bem alguns objetos aos seus respectivos lugares.

O D começa a ficar muito agitado e dava muitas gargalhadas, emitia diversos sons (ma, bo...), sempre a olhar para o espelho do fogão. Sento-me ao seu lado e começo a verbalizar também, fazendo repetições as palavras "ditas" por ele.

Já mais calmo, ele volta e pega o tabuleiro com diversas imagens de transportes. E como está bastante "falante," utilizo da linguagem expressiva para auxiliar no aumento do léxico.

Com o tabuleiro posicionado, vou entregando cada peça e peço para ele repetir. Ele associava a forma e encaixava, fez várias tentativas em repetir as palavras.

A mãe interfere na atividade e o D vai imediatamente para o seu colo para "mamar".

É notório a dificuldade em conseguir intervir sempre que a mãe está presente. Em seguida, intervimos ao nível das competências parentais; explicando a mãe, formas de comunicar de uma maneira mais eficaz, sugerimos atividades e deixamos ao seu encargo algumas para serem trabalhadas durante a semana.

O restante da sessão ficamos a ouvir a mãe, que estava ainda muito resistente em inscrevê-lo num equipamento de infância, novamente a concientizamos da importância da creche, da interação com os pares para que haja uma maior evolução no desenvolvimento do D.

Como a mãe está numa transição da alimentação do D, é orientada pela Dra. que os alimentos sólidos, como bolachas areadas, batatas, cereais secos; potencializam a motricidade orafacial. *"Quanto mais ele mastigar, mais fortalece a expressão e proporciona a fala".*[sic]

Também, salienta que, as massagens nas bochechas são importantes para trabalhar e fortalecer a musculatura da face.

Quinta sessão. Encontramos o Diego muito bem disposto, e demonstrava no seu comportamento que estava à nossa espera.

Disponho no tapete os materiais que serão utilizados, tendo em conta, o espaço que temos e as condições que encontramos em casa.

Ele escolhe uma bola e começamos por trabalhar numa dinâmica de vai e vém; rolar a bola para frente/trás; lançar a bola no cesto.

Logo a seguir, o D vai buscar um balão e lança o balão para cima, então, o incentivo a saltar e tocar no balão e não o deixar cair no chão; enquanto realiza a tarefa, dá muitas gargalhadas, apresenta dificuldades em saltar e manter o equilíbrio. O trabalho é lento para acompanhar o ritmo do D.

Durante a sessão, paramos algumas vezes, sento-o ao colo; cantamos enquanto faço festinhas no seu rosto, para que ele se acalme. O principal objetivo do programa de intervenção precoce é desenvolver as competências/habilidades sociais e comunicativas. Promovendo a iniciação das interações, pela própria criança.

Após perder o interesse pelo balão, vai buscar nos materiais, um cordão e começa a fazer enfiamentos; com bolas e massas. E fica por um longo período concentrado nesta tarefa, pois é do seu interesse. Quando sente alguma dificuldade, procura a minha mão em busca de ajuda.

Ao finalizar o cordão, coloca de lado e pega numa fita cola. Então, colo a fita no chão, o que desperta a sua curiosidade. Começo a andar sobre a fita e depois, peço a ele que faça o mesmo. Como saltar com os pés-coxinhos; os dois pés; o que não é realizado por D, devido a sua dificuldade em manter o equilíbrio.

Ao fim da sessão, temos um D muito satisfeito e que nos acompanha até o portão. Com um grande sorriso.

Sexta sessão. Quando chegamos ao local, percebemos que, a intervenção seria na casa do D. Por motivo de doença (depressiva) a avó não pode nos receber em sua casa.

Entramos na casa do D, que nos recebe muito bem e esbarramos no sofá, que estava aberto, porque o tio estava deitado. Percorremos um estreito corredor, saltando os brinquedos que estavam espalhados pelo chão e vamos ao quarto das irmãs.

Um local escuro, com uma janela minúscula e muitas coisas amontoadas. Sentamos no tapete que, por sinal estava muito sujo. O D anda a volta das pernas da mãe, e fica relutante a aproximar-se. Espalhamos no tapete, os materiais e aos poucos, ele vai se chegando. Podemos observar que, o D apresenta muito interesse pelas atividades.

Ele retira um placar e começa a encaixar os pinos. Realiza com facilidade. Depois, vou apontando e dizendo algumas cores no placar e mostro lhe uma cor e ele vai buscar o pino correspondente. Realiza bem parte da tarefa, mas começa a se dispersar.

Então, peço para que arrume os pinos na caixa, para organização do pensamento. O D arruma com rigidez (tudo em fila).

Ele retira então, um tabuleiro com diversos materiais e texturas. Senta-se ao colo e começa a tocar nas diferentes texturas (pedras, galhos, conchas da praia, esfregão, entre outros). Ele não adere à tarefa, reage com resistência e fuga ao toque. Perde logo o interesse, mas continuo por insistir.

Percebo que, ele está bem disposto para trabalhar. Vai até o tapete e ele retira da caixa alguns puzzles com figuras de animais. E diz: " *Vaca*". Troco uma peça de lugar, ele analisa e encaixa corretamente. Observa se então, uma boa perceção visual.
Quando troco duas peças, sente mais dificuldade. Mas, é importante que ele termine a tarefa. E depois, arrume as peças na caixa. Trabalhando assim, a organização e orientação no espaço.

O D passa a manusear as figuras dos animais, uma a uma. Então, vou dizendo o nome, peço a ele para repetir. Diz algumas. Depois faz cara de surpresa e diz: Ahhhhhh.

Perde o foco por causa da mãe, vai aninhar-se no seu colo e não faz mais nada.

A mãe aproveita para falar de alguns relatórios do Centro de Medicina de Reabilitação de Alcoitão, onde ele é seguido.

Apesar da intervenção da mãe, a sessão foi bem produtiva, aproveitamos também, para reforçar a questão da entrada do D na creche e do acompanhamento semanal pela família. Outra questão, é que o D " está sempre com nódoas, bate em todos os lugares e devido a pouca reatividade a dor, não se apercebe quando está magoado" [sic].

Sétima sessão. Hoje encontramos o Diego bem disposto e colaborante. Apesar das condições familiares, percebemos que ele é muito amado. A avó está sempre a chamar sua atenção e encontra-se sempre disponível para estimular o neto.

Está sempre atenta nas tarefas, com o intuito de replicar durante a semana. Também, demonstra uma enorme satisfação pelo desenvolvimento do D. Ela estava muito falante, relatando os progressos do neto em relação as tarefas acompanhadas pela família.

O D agarra as canetas que estão distribuídas no tapete e começa a brinca com as tampas e não rabisca. Usamos a área do seu interesse *"Baby Shark."* e ele concretiza a tarefa.

Salienta-se a melhora da pega, mais e melhores movimentos circulares e uma maior capacidade de atenção na tarefa. Por um breve momento, o D desregula-se, então começo a cantar, uma música do seu interesse "Baby Shark". Ele volta-se para nós reativo e sorridente, como se

estivesse a cantar. Começo a fazer gestos com a mão, como se fosse um tubarão, a engolir a sua mão, e ele se envolve na brincadeira.

Quando paro, ele vem e pega as minhas mãos, para que eu continue.

Logo a seguir, vamos trabalhando o esquema corporal (noção de si e consciencialização do corpo). Através da música do esquema corporal e exemplificar as partes do corpo. Pergunto diretamente *"Onde está pé?"*[sic], e daí por diante. O D reconhece mas, com timidez.

Como o D está a ir à praia, levamos a areia magnética e ele fica a observá-la, mas não toca. Coloco a areia no recipiente e começo a manuseá-la. Ele senta e fica apenas a observar, leva a mão na areia e quando a coloca nas mãos, não gosta da textura e sacode a mão rapidamente. Depois, volta a retirar um pouco de areia e deixa-a cair. Começo a fazer uma bola de areia, e ele observa. Ri, mas não toca. Passa então a manusear as imagens de animais, aproveito para trabalhar o vocabulário e falo: *"onde está o pato, qua,qua!"* [sic]. Ele aponta e coloca na areia. Passamos um bom período a trabalhar com as cartas. Hoje foi dia de me despedir do D e da sua avó, explicando a ela que, a intervenção continuará a cargo da Dra. Marta. Ela agradece com um grande sorriso e um abraço.

2.3.3.1. ***Compreensão do Caso***. Este caso foi escolhido essencialmente pela sua complexidade, quer pela história de vida, quer pela dinâmica emocional complexa ao longo das sessões. O D apresenta-se como um caso clínico previamente diagnosticado com a perturbação do espectro do autismo com implicações na comunicação, interação social e comportamentos e/ ou interesses fixos e sem temas e objetos específicos.

Ao analisar minuciosamente a sua história de vida, o contexto de desenvolvimento em que está inserido, percebe-se um percurso de vida marcado por uma vivência afetiva carregada de figuras ambivalentes, com ambiente familiar desestruturado e ainda assim, permite promover uma rotina razoavelmente consistente.

Podemos observar no contexto familiar de D, vários fatores de risco como a presença de uma mãe superprotetora, conflito e violência familiar, além de uma grande carência a nível económico,

sendo determinantes para o bem-estar e adaptação das famílias e das crianças (Avanci, Assis, Oliveira, & Pires, 2012; Mombelli, Costa, Marcon, & Moura, 2011; Ricou et al., 2004). A nível familiar e que no caso do D tem uma influencia muito significativa, devido a intervenção ser realizada dentro de casa e também deste, não usufruir do contato e da interação social em espaços diferenciados. Limitando assim, a sua evolução e autonomia.

Por outro lado, temos uma criança feliz e simpática. Contando que seja respeitado, o seu tempo e espaço. Demonstra interesse nas atividades lúdicas e se delicia com tudo que é musical.

Tendo em conta que, as irmãs mais velhas praticam aulas de instrumentos. D vive muito limitado entre a sua casa e da sua avó, não usufruindo de um maior contato com outras pessoas e também, de não enfrentar suas dificuldades, explorar novos e diferenciados ambientes.

D é uma criança agitada, com alteração do sono, dificuldades no controlo esfincteriano, ainda no processo de transição alimentar, já a comer sozinho com a colher e também, os alimentos mais sólidos.

O papel da Intervenção Precoce centrada na família, é de facilitadora na mudança e no crescimento da criança e consequentemente da família. Segundo Rogers (1957), o cuidado incondicional positivo é uma janela de oportunidade num mundo cheio de julgamentos e opiniões, pela aceitação plena da experiência do outro, dos seus sentimentos, do seu campo fenomenal.

Durante as intervenções percebe-se que D, se sente compreendido quando em determinados momentos do processo ele se desregula e fica agitado. Então, com um olhar incondicional positivo, valorizamos/aceitamos os seus comportamentos e também, nos alinhamos ao momento, ajudando-o na sua regulação e trazendo-o de volta a relação.

Na intervenção Precoce em contexto domiciliar podemos perceber mais de perto, como determinada família se ajusta frente as problemáticas e ao acompanhamento familiar a nível das competências parentais, ou seja, se este é bem aceite e seguido.

Referente à família de D era necessário, criar as condições de apoio para se responder eficazmente e de uma forma plena à especificidade e complexidade das necessidades da criança e família. Fazendo um trabalho com características específicas e complexas, tendo em conta, as dificuldades financeiras que, a própria ELI em parte supria como, roupas, calçados, fraldas e alguns produtos de higiene para o D e família, mediante às suas condições.

Destaca-se aqui o papel fundamental da família enquanto agente de mudança e a importância do trabalho com a mesma de forma regular, construindo um ambiente de envolvimento compreensivo, atendendo ao sofrimento parental e clarificando ideias erradas, receios ou culpas que possam existir (que aumentam o sofrimento na família), para que a intervenção neste contexto se reflita e sustente o bem-estar da criança (Marquês & Cepêda, 2009)

III PARTE

DISCUSSÃO

3.1. Caso clínico F

De acordo com Rogers (1942) "o objetivo da terapia não é resolver um problema específico, mas ajudar o indivíduo a crescer, de maneira que ele possa fazer face ao problema atual e aos que mais tarde apareçam de uma maneira mais bem adaptada... tendo como base a tendência individual para o crescimento, adaptação e saúde..."

Ao longo da Avaliação Psicológica podemos observar que F, apresenta se muito colaborante e participativo, quanto aos testes. Tendo em conta que, a síndrome de klinefelter pode comprometer a evolução da aprendizagem e no seu desenvolvimento global; causa esta que levou a sua referenciação a uma intervenção precoce. Ele apresentou um resultado bastante satisfatório, em relação ao seu grupo etário. Respeitando o seu tempo de desenvolvimento e oferecendo à criança uma estimulação aproximada de seu nível atual (Lampreia,2007).

O processo da Avaliação Psicológica constatou algumas problemáticas especificamente ao nível da motricidade global e fina; fragilidades na grafia, dificuldades que o F já apresentava como "*não conseguia atirar almofadas e nem as agarrar", "dificuldade/ lentidão na execução das tarefas"*[sic] em relação a perda de força. F. demonstrou ao longo das sessões da Avaliação Psicológica, um maior controle no seu comportamento opositor quando algo não corria conforme as suas expectativas. Sempre o abordando através da compreensão empática e trazendo o novamente a relação: " *sente-se cansado*?"[sic]. Ele sorria e voltava novamente a conclusão da tarefa. Quanto a fragilidade emocional percebida no início, observou-se que, já conseguia controlar-se e resolver o problema. O que anteriormente acabava sempre em choro. Associamos que está dificuldade tem a ver com a fragilidade emocional vivida pela mãe. Segundo Miller (2009), mesmo que o funcionamento familiar esteja relacionado ao carinho, à harmonia, ao afeto, à presença e o cuidado para com o outro, por vezes, a realidade experienciada pode ser bem diferente (Bodden & Deković, 2016) comprometendo o desenvolvimento posterior da criança.

Em relação ao sono, apresentaram estratégias para serem trabalhadas em casa com a família, para que ele durma na sua cama; *"acorda durante à noite e vai para o quarto da mãe, usamos algumas estratégias como; cuidar do avô, correu bem durante um tempo. Mas, apresenta às vezes, algumas oscilações e volta atrás"*[sic]. Prouty (2001), a simples aceitação dos seus sentimentos, pode por si mesma, conduzir a redução da tensão emocional do momento. Em relação a observação realizada, verificamos que o F. demonstrou uma grande carência da presença de um adulto, necessitando sempre de estar ao lado da mãe para adormecer.

Em meio as situações apresentadas neste período, houve a mudança de educadora que deixou nos apreensivas quanto à reação do F, devido este ser muito apegado a anterior. Ele reagiu muito bem a mudança e demonstra gostar muito dela. Uma pessoa mais jovem, com mais energia e outras experiências. O experienciar seria o processo pelo qual a "pessoa se torna consciente da incongruência entre o Self e a experiência organísmica e o meio utilizado para ultrapassar essa discrepância" (Wood, 1994, p. 218).

Quanto a condição do F em relação a síndrome de klinefelter, não se pode afirmar que nunca terá dificuldades. Ainda que usufrua de um grande apoio familiar, escolar e dentro da intervenção precoce. Poderá eventualmente ter problemas de atenção e concentração, por isso, é imprescindível a continuidade do acompanhamento individual e semanal, no intuito de estimular e desenvolver ainda mais as suas competências.

Dentro das sessões da avaliação psicológica, que consistiu na análise da sua evolução quanto a regulação emocional e o seu desenvolvimento cognitivo. Em relação ao F, foi possível avaliar esta evolução a partir dos seus resultados ao longo do processo de acompanhamento, comparados com as limitações apresentadas anteriormente, em relação ao seu grupo etário. Em relação à elaboração de um psicodiagnóstico, partimos do pressuposto que se pode considerar estigmatizador, discriminatório e redutor da particularidade de cada pessoa como única, privando-a da sua individualidade e dignidade (Pires, 2003/2004).

De acordo com o CID_11, a síndrome de klinefelter que aumenta os efeitos no desenvolvimento físico e cognitivo, quanto às características físicas, por causa do número de X extra, que também tem relação com a diminuição do QI, afetando mais a linguagem, em particular, as habilidades linguísticas expressivas. Nota-se no F algumas características físicas, mas quanto ao comprometimento cognitivo não são detetadas maiores problemáticas. Existe até o momento dificuldades em relação a motricidade fina e que já vem sendo trabalhada em conjunto com a família. Esta dando o suporte e reforço nas diversas atividades realizadas juntamente com o F.

No entanto, os resultados da avaliação demonstraram que o F. tem boas capacidades no que diz respeito as tarefas, constatamos até então encontrar-se comprometidas as habilidades motoras finas. De acordo com (Dunst , 2013, p.23) os programas centrados na família tem como objetivo, uma maior participação e envolvimento dos pais no desenvolvimento da criança, na busca de soluções para os problemas identificado e na aquisição de competências e conhecimentos; como também, em disponibilizar informação de forma completa e insenta.

Neste sentido, a família tem um papel primordial, promovendo a construção do seu desenvolvimento. No caso do F. que beneficia de um ambiente familiar organizado, sólido, seguro e

onde sente-se muito amado e respeitado. A preocupação e a disponibilidade em encontrar condições favoráveis e promotoras do desenvolvimento da criança, é extremamente notável dentro do seu contexto familiar. Em termos de prognósticos, espera-se uma evolução ainda mais positiva, especificamente pelo fato de F beneficiar de um acompanhamento intenso e preciso por parte da família, o que contribuíra eficazmente para a consolidação de competências para lidar com as dificuldades motoras e a continuação da vigilância nas áreas cognitivas.

3.2. Caso clínico D

Em relação a D. encontramos inúmeras situações familiares que poderiam estar no cerne das suas dificuldades. E em ênfase, a forma superprotetora em que a avó e a mãe lidam com ele podem contribuir em limitar as suas competências e oportunidades de aprendizado e desenvolvimento. Tal zelo se associa a insegurança que a família vive, em decorrência aos acontecimentos de violência experienciados por alguns dos seus membros. De acordo com Hipólito (2011), o feto em desenvolvimento é já um organismo suscetível a traumas que poderão trazer consequências, tais como, a diminuição da expressão das suas potencialidades, e até mesmo interferir nas capacidades de atualização das mesmas. Neste sentido, supostamente o nascimento do D trouxe uma nova oportunidade aos familiares de compensar o sofrimento pelo qual vivenciaram. A família tem a capacidade de auto-organização permitindo com que ela própria se adapte às mudanças existentes quer internamente quer externamente (Relvas, 2003), com as experiências passadas há uma mudança no comportamento familiar.

Ainda que, dentro do seio familiar percebe-se um cuidado direcionado ao D, as questões passadas continuam por resolver e a causar alterações na dinâmica familiar; " as reações das crianças que testemunham recorrentemente a violência na família podem incluir disrupções nos padrões normais de desenvolvimento que resultam em problemas ao nível do ajustamento cognitivo, emocional e comportamental " (Emery, 1998; Jaffe et al., 1990).

O presenciar toda a dinâmica conflituosa e extremamente emocional vivida por parte da família, que está envolvida em processos judiciais ambivalentes; ora por justiça pelas irmãs, ora por defesa por parte da mãe. " A violência a que a criança é exposta enfraquece o seu sentimento de acolhimento na família" (Cummings, 1998). Gerando implicações no desenvolvimento da criança e manifestações ao nível das expressões somáticas, relacionais e comportamentais.

No decorrer da intervenção, observou-se uma relação de uma forte dependência entre a mãe e o D. Onde o D vive totalmente dependente da mãe e ela por sua vez, utiliza desta dependência para o seu auto controlo, que a impede de aceitar a inclusão dele numa instituição escolar. " ...no qual está presente o fenômeno da simbiose e dificuldades da mãe em efetuar a inserção de seu filho na escola. Os autores discutem o papel da escola e da psicoterapia no processo simbiótico e concluem que a escola e a psicoterapia podem constituir um espaço de separação (interditor) para a simbiose entre mãe e filho" (Brasil et al., 2009). Esta vivência de sentimentos manifesta uma carga emocional de desgaste, mas ainda assim, há uma mãe em busca de melhores condições para o desenvolvimento do seu filho, desde que, esteja debaixo do seu controle.

De acordo com a mãe, houve uma regressão desde os 18 meses *"sabia identificar o som dos animais, sabia partes do corpo, agora já não o faz"* [sic]. Depois da consulta com a pediatra e a avaliação sugestiva de atraso da linguagem em contexto de perturbação da relação e comunicação; foi direcionado para a medicina física e reabilitação (psicólogo, terapeuta da fala, terapeuta ocupacional). Após os resultados, o D. é sinalizado para acompanhamento pela intervenção precoce, beneficiando do decreto_lei nº 281/2009. "As crianças com PEA apresentam dificuldades de atenção, pois, seu foco está em aspetos estreitos do ambiente, ou seja, conseguem manter atenção em estímulos mais simples e apresentam dificuldade na integração ou na perceção, e até mesmo para extrair significados de padrões de estímulos mais complexos" (Whitman,2015).

No caso de D observamos que a sua capacidade de atenção em foco numa atividade específica que seja do seu agrado duravam apenas 5minutos. Ele apresenta dificuldade em manter à atenção na tarefa e fraca resistência ao cansaço. No início das intervenções, vagueava sempre com um pequeno brinquedo na mão (a SKY da Patrulha Pata), nunca a deixava, este era um assunto para despertar o seu interesse e muitas vezes trazê-lo a relação.

Observou-se igualmente, dificuldades no planeamento motor e de coordenação motora que em parte é prejudicada pelas alterações da atenção, concentração e estereotipias recorrentes da própria PEA. Muitas vezes, D usava partes dos brinquedos para a auto-estimulação; como girar os pneus dos carrinhos, ou o próprio boneco na mão. Estes comportamentos são disfuncionais, pois impedem a criança de participar em brincadeiras, de adquirir novas aprendizagens de manipular de forma adequada os objetos, levando-a a manter-se ocupada no seu pensamento. (Apa, 2000).

A Intervenção permitiu-nos, conhecer e compreender melhor a sua realidade enquanto criança. Que apesar de períodos restritos de intervenção e dos inúmeros acontecimentos de conflito no seu contexto familiar, o D. adquiriu uma capacidade de lidar com os seus próprios sentimentos, e uma resistência na superação das suas dificuldades. Com o objetivo de minimizar /dissipar os problemas da criança e família, no decorrer do seu desenvolvimento intelectual e pessoal. Assim, olhámos o ser único que sofre e contém em si a capacidade de se autorregular se para tal lhe forem dadas as condições necessárias e suficientes (Rogers, 2009/1961).

A relação terapêutica é fundamental no bom andamento da descoberta de si mesmo e oferece suporte necessário em direção ao seu crescimento. Também, é benéfica quanto a interação social. Permitindo ao D uma proximidade na relação fora do seu contexto restrito e familiar, como no desenvolvimento da comunicação. Conclui-se que D é uma criança que apresenta um atraso de desenvolvimento transversal a todas as áreas do seu desenvolvimento infantil, com especial incidência na área da comunicação, fala e interação social. Revela concomitantemente uma

Perturbação de Espectro do Autismo com implicações significativas no contexto familiar e social. Fatores este que ao longo do AP pode ser observado e que pode ainda, causar uma maior vulnerabilidade, a criança pode revelar-se mais dependente, socialmente menos competente, menos motivado na realização das suas tarefas e mais agressiva (Pires, Hipólito & Jesus, 2010, 2009). Particularidades estas que já estão sendo trabalhadas, devido as suas fragilidades de regulação emocional, que se caracterizam por alterações no comportamento (birras, elevação da ansiedade, agressividade e alterações do sono).

Ao longo da intervenção centrada na criança e na família, é realizado um trabalho de psicoeducação, quanto as competências psicológicas (estimular e manter) os objetivos traçados e realizados juntamente com a família. Como a necessidade urgente de integração em um equipamento de infância de forma a estimular o D a nível da comunicação e interação social, permitindo também uma maior evolução das suas aprendizagens e do seu desenvolvimento, que se encontra aquém do esperado para a sua faixa etária.

Conclusão

Durante as últimas décadas assistiu-se as mudanças no paradigma dos programas e práticas na intervenção precoce infantil, sendo hoje consensual que para a implementação de um serviço de qualidade requer a integração de um modelo onde a família esteja envolvida, sendo também ela o foco da intervenção. O modelo de intervenção centrada na família conclui que o papel da família na IPI contribui imenso para um funcionamento mais positivo criança/família, baseado nos conceitos fundamentais à filosofia atual das práticas IPI centradas na família: capacitação e corresponsabilização e *empowerment* da família.

O objetivo proposto e trabalhado pela IPI centrada na família, e no desenvolvimento da criança, prioriza a autonomia e o *empowerment* da família, e a valorização assim das suas redes de suportes informais. As expetativas em relação as dificuldades sentidas pelos profissionais da IPI, é muitas das vezes, a falta de compromisso com o PIIP por parte dos pais da criança, fragilidades na implementação da prática de IP com os equipamentos de infância, a falta de recursos humanos afetos ao serviço, o volume processual e a mudança de técnicos frequente que dificulta a coesão da equipa. O objetivo principal do projeto de intervenção, consiste em capacitar os familiares como agentes principais de forma a responderem as necessidades específicas das crianças com dificuldades no seu desenvolvimento global, bem como de contexto ambiental. Devem garantir a autonomia e deixar de depender do serviço da IPI. A Intervenção Precoce preocupa-se em estimular um bom desenvolvimento, desenvolver as áreas fortes da criança, promover melhores competências parentais, potenciar a articulação com os diversos técnicos que estão incluídos no processo e minimizar o risco ambiental em famílias com maior vulnerabilidade. Não devem, apenas, atuar nas fragilidades, incapacidades, deficiências ou problemas específicos.

A melhor maneira de começarmos a desenvolver estas capacidades é partir dos pontos fortes existentes – ou seja, identificando os comportamentos e praticas que utiliza e que já são centrados na família e partir dai. Isto requer uma autoavaliação das práticas correntes (McWilliam et al., 2003, p.173).

O estágio curricular proporcionou-nos uma experiência enriquecedora, onde nos foi permitido colocar os nossos conhecimentos teóricos na aplicação da prática. Possibilitando-nos um crescimento pessoal e profissional. Numa fase em que os sentimentos de inexperiência e do novo ainda são sobressalentes. Estamos apenas no início de um longo e árduo caminho, sempre em busca de mais e mais aprendizado. Através do trabalho realizado foi possível observar e aplicar o papel do psicólogo clínico no âmbito da intervenção precoce, numa equipa transdisciplinar voltada para a criança e a família. Obtivemos uma maior compreensão da prática da intervenção precoce, em função de promover a capacitação e utilizar das potencialidades das famílias, direcionando-as para o

desenvolvimento e crescimento da criança. A forma transdisciplinar de atuar dentro da IPI, as suas vantagens e benefícios tanto para a criança quanto para a família.

A relevância da abordagem centrada na família, se da pelo fato, de que as famílias são a principal estrutura de organização no desenvolvimento da criança (Bronfenbrenner,1979) e é através da interação com os seus cuidadores familiares que ocorre o desenvolvimento das suas ideias basilares sobre si própria, sobre o mundo e sobre os outros. Dentro disso, o mediador do caso, é o promotor do *empowerment,* ou seja, que ela seja capaz de gerar resultados que potenciem as suas competências ao contrário, de que esta crie dependências. E poder experienciar a diversidade de famílias e a forma como cada uma delas recebiam o apoio da IPI, foi surpreendente.

As dificuldades apresentadas foram referentes a complexidade de cada caso e sua conceptualização, a realidade vivida pelo técnico dentro do contexto de vida da criança, escolar e ou domiciliar. Verificou-se, assim, ser um desafio positivo, a uma constante pesquisa e estudos mais aprofundados dentro das patologias existentes. Como também, usufrui de uma orientação presente, muito disponível na transmissão de conhecimentos, quanto nos esclarecimentos de dúvidas que surgiam no decorrer do estágio. Proporcionando aquisição de competências e novas aprendizagens.

É, de fato assustador a enorme demanda de casos que chegam a IPI todos os dias; as diversidades e complexidades das patologias, o excesso de casos por mediador e o escasso número de pessoal.

A IPI fomentou ainda mais o meu gosto pela psicologia. Também pelo trabalho com as famílias e principalmente com as crianças. O trabalho prestado pela equipa de forma exemplar, fazendo o possível para alcançar todos os casos que ali chegam e a sensibilidade de constantes formações e whorkshops no intuito de acompanhar as mudanças e descobertas dentro das patologias trabalhadas.

Referências

Associação Nacional de Intervenção Precoce - ANIP (2016). *Práticas recomendadas em Intervenção Precoce na Infância - Um guia para profissionais.* ANIP

American Psychological Association. (2020). APA guidelines for Psychological Assessment and Evaluation. https://www.apa.org/about/policy/guidelinespsychological-assessment-evaluation.pdf.

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

American Psychological Association. (2008). Clinical Psychology. https://www.apa.org/ed/graduate/specialize/clinical

American Psychological Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders:* DSM-IV-TR. 4ª ed. (texto revision).

Avanci, Assis, Oliveira & Pires. (2012). *Violência conjugal e depressão infantil*

Bairrão, Felgueiras, & Pimentel. (1987). O programa de atendimento precoce a crianças deficientes na DSOIP. *O Modelo Portage para Pais*. Cadernos DSOIP, 11/12, 57-61.

Bairrão, J. & Almeida, I.C. (2003).Questões atuais em intervenção precoce. *Psicologia,* 17(1),15-29.

Barros, L. (2007). *Psicologia Pediátrica e promoção da saúde.* In J. C. Teixeira (Org.). *Psicologia da Saúde: contextos e áreas de intervenção*, (pp.161-185). Lisboa: Climepsi Editores.

Bellman, M., Lingam, S., & Aukett, A. (1996). Schedule of Growing Skills II: User`s guide (2nd ed.)Windsor: NFER: Nelson Publishing Company Ltd.

Boavida, T., Aguiar, C., & McWilliam, R. (2018). A intervenção precoce na infância e os contextos de educação de infância. In M, Fuertes., C, Nunes., D, Lilo., & T, Almeida. (Ed.) *Teoria, práticas e investigação em intervenção precoce*, (pp. 5-26). CIED (Centro Interdisciplinar de Estudos Educacionais).

Bodden, D. H., & Deković, M. (2016). Multiproblem families referred to youth mental health: What's in a name? *Family Process,* 55(1), 31-47. https://doi.org/10.1111/famp.12144

Brasil, K.; Amparo, D.; Fontoura, F.; Wolff, L. & Murelli, L. (2009). *Um psiquismo para dois na psicose: a escola e a psicoterapia como interdição.* Colóquio do Lepseu faço IP/FE , ano 7. São Paulo: USP.

Brewer, E. J., McPhearson, M., Magrab, P. R., & Hutchins, V. L. (1989). Family-centered, community-based, coordinated care for children with special health care needs. Pediatrics, 83, 1055-60.

Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*: Experiments by nature and design. Harvard: Harvard University Press.

Bronfenbrenner, U. (1986). Ecology of the family as a context for human development: *Developmental psychology, (22)*, 723-742. https://doi.org/10.1037/0012-1649.22.6.723

Bronfenbrenner, U. & Morris, P. A. (2007). The bioecological model oh human development. In W. Damon and R. M. Lierne (Eds). *Handbook of child psychology.* 6th Edition, vol. 1 (pp. 793-828). New Jersey, Hoboken, NJ: Wiley.

Cardoso, M., & Françozo, M. (2015). Jovens irmãos autistas: Expectativas, sentimentos e convívio. *Revista Saúde (Santa Maria), 41*(2), 87-98. https://doi.org/10.5902/2236583415338.

Carvalho, M. L. (2004*). Práticas centradas na família na avaliação da criança: Perceções dos profissionais e das famílias do PIP do distrito de Coimbra.* [Unpublished Mestrado] Instituto de Estudos da Criança da universidade do Minho, Braga.

CID_11. Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde_ 11.ª Revisão

Cummings, EM (1998). Crianças expostas a conflitos conjugais e violência: Direções conceituais e teóricas. Em GW Holden, R. Geffner, & EN Jouriles (Eds.), *Crianças expostas à violência conjugal: Teoria, pesquisa e questões aplicadas* (pp. 55–93). Associação Americana de Psicologia. https://doi.org/10.1037/10257-002

Dunst, C. J. (1985). *Rethinking early intervention. Analysis and intervention in developmental disabilities,* 5(1-2), pp.179.

Dunst, C. J. (2000). Evidence-based early childhood intervention and family support: Reflective questions for improving practices. *Morganton: Family, Infant and Preschool Program.*

Dunst, C. J., Raab, M., Trivette, C. M., & Swanson, J. (2010). Community-based everyday child learning opportunities. In R. A. McWilliam (Ed*.) Working with families of young children with special needs* (pp. 60-92). New York: Guilford Press.

Dunst, C. J. (2013). *Family-centered practices: What are they and why should you care?* Comunicação apresentada em Fraser Region Training Event, Surrey, British Columbia. Retirado de: http://puckett.org/presentations/Family_Centered_Practices_What_Are%20 They_Why_Should_Care.pdf. (pp. 23)

Emery RE, Laumann-Billings L. An overview of the nature, causes, and consequences of abusive family relationships: Toward differentiating maltreatment and violence. *American Psychologist* 1998;53(2):121-135. https:// doi: 10.1037//0003-066x.53.2.121

European Federation of Psychologist`s Associations - EFPA (2015). Certificado Europeu de Psicologia. *Europsy*,

Garcia, V. S., Mas, M. J., Balcells, B. A., & Giné, C. (2021) Child: Care, Health & Development. *Family-centred early intervention: Comparing practitioners actual and desired practices.* Ed.2, vol.47 (pp. 218-227).

Greenough, T. W., Black, E. J., & Wallace, S. C. (1987). *Experience and Brain Development, Child Development, 58*(3), 539-59.

Griffiths, R. (2004). *Escala de Desenvolvimento mental de Ruth Griffths dos 2-8 anos.* (revisão 2004). Lisboa: Cegoc-Tea.

Hipólito, J. (2011). *Auto-organização e complexidade: Evolução e desenvolvimento do pensamento rogeriano*. Lisboa: EDIUAL – Universidade Autónoma Editora

Hogan, P. (2006). Introdução à prática de Testes Psicológicos. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos.

Huprich, S. K., (2020) Personality Disorders in the ICD-11: Opportunities and Challenges for Advancing the Diagnosis of Personality Pathology. Current Psychiatry Reports (22) 40. https://doi.org/10.1007/s11920-020-01161-4

Jung, L. A., & McWilliam, R. A., (2005). *Reliability and validity of scores on the IFSP rating scale.* Journal of early intervention, (27), pp. 125-136.

Lampreia, C. (2007). *A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo.* Estudo Psicologia., v.24, n. 1, p.105-114.

Luiz, D.M, Barnard, A., Knoesen, M.P., Kotras, N., Horrocks, S., McAlinden, P., Challis, D., & D.O'Conneel, R. (2007). *Escala de Desenvolvimento Mental de Griffiths — Extensão Revista (Revisão de 2006) dos 2 aos 8 anos. Manual de Administração.* Lisboa: Cegoc-Tea.

Machado, M., Santos, P., & Espe-Sherwindt, M. (2017). Envolvimento participativo de famílias no processo de apoio em intervenção precoce na infância. *Saber & Educar* (23), 122 - 137.

Mahoney, G., & MacDonald, J. (2007). Austim and developmental delays in young children: *The responsive teaching curriculum for parents and professionals*. Austin, TX: PRO-ED

McWilliam, R. A. (2003). *The primary-service-provider model for home-and-community-based services.* Psicologia, XVII (1), pp. 115-135.

McWilliam, P. J., Winton, P., & Crais, E. R. (2003). *Estratégias práticas para intervenção precoce centrada na família.* (Eds). Porto Editora

McWilliam, R. A. (2010). *Trabalhar com as Famílias de Crianças com Necessidades Especiais* (Org). Porto Editora.

Marques, C. & Cepêda,T. (2009). *Recomendações para a prática clínica da Saúde Mental Infantil e Juvenil nos Cuidados de Saúde Primários. Alto Comissariado da Saúde.* Lisboa: Ministério da Saúde.

Menezes, M., More, O., Barros, L. (2008). *Psicologia Pediátrica e os seus desafios atuais na formação, pesquisa e intervenção.* Análise Psicológica, 2, XXVI, 227-238.

Miller, J. M. (2009). 21st *Century criminology: A reference handbook*. SAGE Publications, Ltd. https://doi.org/10.4135/9781412971997

Ministério da Saúde (2009). *Decreto-Lei nº 281/09, de 6 de outubro.* Diário da República n.º 193/2009, Série I de 2009-10-06, páginas 7298 – 7301

Miranda, M. (2013). *Autonomia para a inclusão.* Coimbra: Lápis de Memória, pp. 76.

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2011). Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses. https://www.ordemdospsicologos.pt/pt/cod_deontologico

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2018). Orientações para as especialidades. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/orientaa_aoes_especialidades_psicologia_clainica_e_da_saaode_regular_.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2019). Perfil dos/as psicólogos/as nas instituições sociais e comunitárias. [Profile of psychologists in social and community institutions]. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/ins t_sociais_e_com.pdf

Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2020) O que oferecem a Psicologia e os Psicólogos à Humanidade? [What does Psychology and Psychologists offer to 95 Humanity?]. https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/portugu ese_humanityneedspsychology_2_.pdf

Papalia, D.E., & Feldman, R.D. (2013*). Desenvolvimento humano,* (*12ª edição)*, Artmed.

Pereira, A., & Serrano, A. (2010). *Abordagem centrada na família em intervenção precoce: Perspectivas histórica, conceptual e empírica*. Diversidades (27), pp. 4-11.

Pereira, A., & Oliveira, S. (2017). The benefits and difficulties in the elaboration and implementation of individual intervention plan in early intervention*: The perspectives of portuguese professionals*. Early Child Development and Care. https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1359581.

Pessoa, F. (1926). Palavras iniciais. *Revista de comércio e contabilidade*, nº 1, 25 de Janeiro. Retirado de: http//multipessoa.net/typografia/labirinto/multipessoa-obra-publica-23. pdf

Pinto, A.I., Grande, C., Felgueiras, I., Almeida, I.C., Pimentel, J.S. & Novais, I. (2009). Intervenção e Investigação em idades precoces: o legado de Joaquim Bairrão. *Psicologia, volume XXIII* (2). Lisboa: Edições Colibri, pp. 21-42.

Pires, M., Hipólito, J., & Jesus, S. N. (2009). Estilos Parentais e Stress Infantil*. Actas I Congresso Luso-brasileiro de Psicologia da Saúde.* Faro: Soc. Port. de Psicologia da Saúde.

Pungello, E. P., Kainz, K., Burchinal, M., Wasik, B. H., Sparling, J. J., Ramey, C. T., & Campbell, F. A. (2010). Early educational intervention, early cumulative risk, and the early home environment as predictors of young adult outcomes within a highrisk sample. Child Development, 81(1), 410–426. https://doi:10.1111/j.1467- 8624.2009.01403.

Relva, A. P. (2003). *Por detrás do espelho:* Da teoria à terapia com a família (2ª ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.

Rogers, C. R. (1942). *Counseling and Psychotherapy: Newer concepls inpractice*. Boston: Houghton Mifflin. (pp. 28-30).

Rogers, C. R. (1957). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting Psychology,* 21(2), 95–103. https://doi.org/10.1037/h0045357

Ricou, Salgado, Alves, Duarte, Teixeira, Barrias, & Nunes, (2004). *Comunicação no sistema familiar e bem estar infantil.*

Sameroff, A. J. (1983). Developmental systems: Contexts and evolution. In P. H. Mussen (Ed*). Handbook of child psychlogy*, vol. (1). History, theory, and methods. (pp. 238-294).

Sameroff, A., & Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F.D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek, & G. Siegel (Eds.). *Review of child development research*, 4, 187-244. Chicago: University of Chicago Press

Trivette, C.M. & Dunst, C.J., (2005*). Characteristics and Consequences of FamilyCentered Helpgiving Practices in Early Childhood and Family Support Practices*. Casemakers, Vol. 1, (6).

Wechsler, D. (2003). *Escala de Inteligência de Wechsler para crianças- WISC-III.* (3ªEd.). Lisboa. Cegoc-Tea.

Whitman, T. L. (2015*). O desenvolvimento do Autismo: social, cognitivo, linguístico, sensório-motor e perspectivas biológicas.* M.Books.

Wood, J., K. (1994). Prólogo. In Wood & al (org.) *Abordagem Centrada na Pessoa.* Vitória: Universidade Federal do Espírito Santo, p. 218.

Wordl Health Organization Geneva. (2018). The ICD-11 Classification of mental and behavioural disorders. *Diagnostic criteria for research.* (11th ed.)

Wordl Health Organization [WHO], 2021. Classificação Internacional das Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. (11.ª Revisão).

Anexos

Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

Ficha de Caracterização da Criança/Família

1. Identificação do Processo

Processo Nº:

Subcomissão Regional	Lisboa e Vale do Tejo
Núcleo de Supervisão Técnica	Lisboa
Equipa Local de Intervenção	ELI Sintra Ocidental
Técnico Responsável da Entrevista	
Técnico Responsável	
Data de Abertura	22 (dia) 12 (mês) 2018 (ano)
Data de Arquivo	(dia) (mês) (ano)
Motivo de Arquivamento	

2. Sinalização da Criança

Entidade Sinalizadora	☐ Hospital ☐ Centro de Saúde / Unidade de Saúde Familiar ☐ Creche / Pré-escolar ☐ Outra. Qual?
Data Sinalização	(dia) (mês) (ano)

Observações

3. Tipo de Processo

☐ SNIPI	Data:	(dia) (mês) (ano)
	Critérios de Elegibilidade	
☐ Em Vigilância	Data:	(dia) (mês) (ano)
☐ Encaminhamento para Apoio Social	Data:	(dia) (mês) (ano)

Síntese descritiva da funcionalidade da Criança:

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

4. Identificação da Criança

▪ NISS		▪ Nº de Utente (SNS)	
▪ NIC		▪ NIF	
▪ Nome			▪ Sexo
▪ Morada			
▪ Código Postal	-	▪ Localidade	
▪ Freguesia		▪ Concelho	
▪ Naturalidade		▪ Nacionalidade	
▪ Data de Nascimento	▪ dia ▪ mês ▪ ano	▪ Idade	
▪ Telefone / Nome pessoa contacto			

5. Identificação do Pai/Mãe/Representante Legal/Detentor da guarda de facto da Criança

▪ NISS		▪ Nº de Utente (SNS)	
▪ Nome			
▪ Na qualidade de			
▪ Morada			
▪ Código Postal		▪ Localidade	
▪ Freguesia		▪ Concelho	
▪ Naturalidade		▪ Nacionalidade	
▪ Data de Nascimento	▪ dia ▪ mês ▪ ano	▪ Idade	
▪ Telefone de Casa		▪ Telemóvel	
▪ NISS		▪ Nº de Utente (SNS)	
▪ Nome			
▪ Na qualidade de			
▪ Morada			
▪ Código Postal		▪ Localidade	
▪ Freguesia		▪ Concelho	
▪ Naturalidade		▪ Nacionalidade	
▪ Data de Nascimento	▪ dia ▪ mês ▪ ano	▪ Idade	
▪ Telefone de Casa		▪ Telemóvel	

Observações

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

6. Caracterização/Composição do Agregado Familiar[1]

Nome	Paren-te sco	DN	Contacto	Escolaridade	Ocupação

Observações:

7. Caracterização/Composição da Família Alargada e/ou Pessoas Significativas

Nome	Paren-tesco	DN	Contacto	Escolaridade	Ocupação

Observações:

[1] Nos casos em que a crianças integra mais de um agregado familiar (ex.: guarda conjunta) replicar o quadro

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

8. Enquadramento Sócio – Educativo

▪ Enquadramento Sócio-Educativo	☐ Sim	☐ Não		
▪ Qual	☐ Ama	☐ Creche familiar	☐ Creche	☐ Pré-escolar
▪ Designação				
▪ Outro Enquadramento. Qual?				

Observações:

9 Caracterização da Situação Jurídica Da Criança

Exercício das responsabilidades Parentais:	Mãe	Pai ☐	Ambos ☐	Outro ☐ Qual:
Processos Administrativos/Judiciais a favor da Criança				
Processo Tutelar Cível	Data de Abertura	Tribunal	Proc .Nº:	
Processo de Promoção e Protecção	Data de Abertura	CPCJ/Trib.:	Proc .Nº:	Medida aplicada

Observações: [2]

10. Intervenções Anteriores

Entidade Envolvidas	Morada	Telefone	E-mail	Técnico Responsável	Data de Início	Data de Fim

[2] No caso de medida de colocação institucional, indicar instituição de acolhimento

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

Observações:

11. Encaminhamentos efetuados

▪ Identificada necessidade de encaminhamento fora do SNIPI	☐ Sim ☐ Não
▪ Motivo	Hospital Fernando Fonseca
▪ Área de encaminhamento	

Entidade Envolvidas	Morada	Telefone	E-mail	Técnico Responsável	Data de Início	Data de Fim

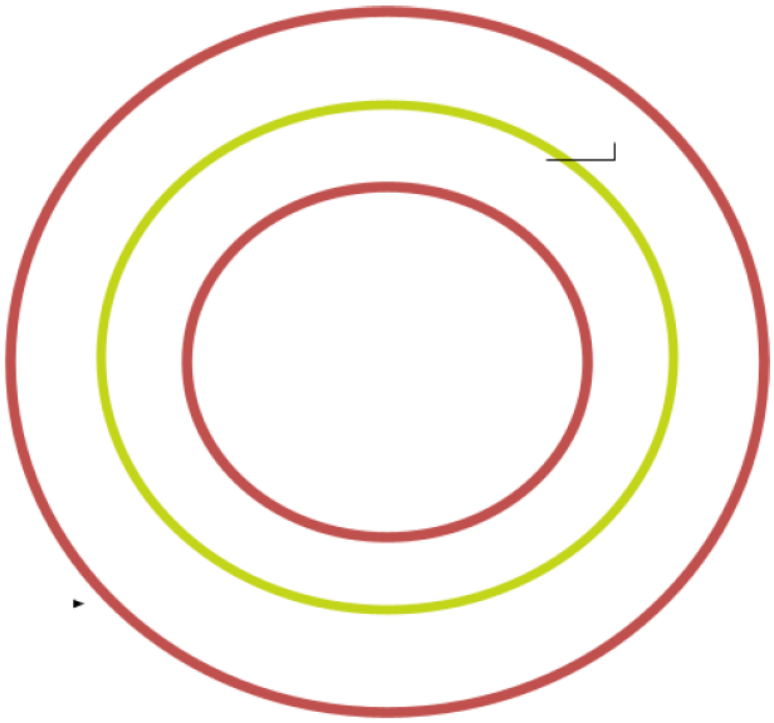
Observações:

Técnico de Referência/Responsável

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

ECOMAPA

Data:



Relações normais
Relações fortes
Relações fusionais
Relações stressantes
Relações conflituosas
Relações ténues ou distantes

Adaptado de Kraner S., Mcgonigel., M. J., Kaufmann, R. K., 1991 por Teresa Nunes Marques 2005

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso,
2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

Dados

Nome da criança: NISS:

Data de nascimento:

Breve caracterização da problemática:

Situação educativa:

Com quem vive:

Família Materna:

Família Paterna:

Vizinhos e amigos da família:

Amigos do pai:

Amigos de outras atividades (igreja, desporto, trabalho…):

Serviços de Saúde:

Educadores:

Terapias:

Ajudas Sociais:

Perguntas tipo:

Com que frequência os vê ou fala com eles?

Como se dá com eles?

Se surgir momento engraçado, a quem liga?

Se surgir situações graves de saúde, a quem liga?

Neste momento qual é a sua maior preocupação

Técnico (s) Responsável pelo Preenchimento do Documento

ELI Sintra Ocidental
Avenida Chaby Pinheiro, n.º 11, 2º, 2725-265 Mem Martins Algueirão
Telefone: 219222178
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

PROGRAMA INDIVIDUAL DE INTERVENÇÃO PRECOCE

PIIP

Nome da Criança:	D.N.
Processo Nº:	
Nome do Pai/Mãe/Rep. Legal	
Contactos	

Equipa Local de Intervenção (ELI)	ELI Sintra Ocidental
Coordenador da ELI	Julieta Duarte
Morada	Estrada de Mem-Martins nº247, 2º piso, 2725-397 Mem Martins
Contactos	Telefone: 219222130
Responsável de Caso	
Contactos	

Data do início do PIIP	
Datas Previstas para a Avaliação	

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

1. IDENTIFICAÇÃO DOS ELEMENTOS ENVOLVIDOS NO PIIP

Nome	Atividade/Função/Outro	Serviço a que pertence	Contacto

2. REGISTO DOS ENCONTROS/REUNIÕES DA FAMÍLIA COM OS TÉCNICOS

Quem esteve presente	Motivo	Local	Data

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

3. COM QUEM VIVE O XXXXXXXX

Nome	Parentesco	Idade (2020)	Observações

4. PESSOAS COM AS QUAIS A FAMÍLIA PODE CONTAR

Identificação	Contacto

5. SERVIÇOS COM OS QUAIS A FAMÍLIA PODE CONTAR

Identificação	Obs.

6. A FAMÍLIA DO XXXXXXXX

Preocupa-se	É capaz de resolver	Precisa de ajuda	Data

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

7. O XXXXXXXXX

Gosta de …	Onde?	Quando?	Com quem?	Data

8. AVALIAÇÃO DO XXXXXXXXXX NA FAMÍLIA

Instrumentos usados na avaliação	Aplicados por…	Local	Data

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

O XXXXXXXX

Domínio	Consegue...	Revela dificuldade... Precisa de ajuda ...	Data da revisão		
			xxxxxx		
Domínio Socialização					
Domínio da Linguagem e Comunicação					
Domínio da Autonomia					
Domínio da Cognição					
Domínio do Desenvolvimento Motor					

OUTROS DADOS RELATIVOS À SAÚDE DO XXXXXXX

Visão	
Audição	

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

Outros	

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, nº247, 2º Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com

Declaração de Consentimento Informado para Intervenção Precoce na Infância

Eu, _____ , no pleno exercício da minha responsabilidade parental, declaro ter compreendido e concordar com as diferentes etapas do processo de Intervenção Precoce a realizar com o meu filho _____

No pleno entendimento do que é a Intervenção Precoce na Infância (IPI) "*conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social" (Art.° 3.° alínea a) do Decreto Lei 281/2009 de 6 de Outubro),* declaro desejar participar e colaborar ativamente no processo de parceria com os profissionais implicados.
Dou consentimento à Equipa Local de Intervenção Precoce ELI Sintra Ocidental da Subcomissão Regional do LVT para a recolha e tratamento das informações e dos dados pessoais fornecidos, através de registo informático na base de dados do SNIPI.

Tomo ainda conhecimento de que será assegurada a confidencialidade e segurança dos dados pessoais por mim fornecidos, podendo aceder e retificar os mesmos sempre que tal se justifique, nos termos da Lei de Proteção de Dados Pessoais n.o 67/98, de 26 de outubro na versão atualizada que lhe é conferida pela Lei n.o 103/2015, de 24/08.

Data:_____/_____/_21

Mãe ☐ Pai ☐ Outro ☐

Assinatura:

_____

ELI Sintra Ocidental
Estrada de Mem-Martins, n°247, 2° Piso, 2725-397 Algueirão Mem-Martins
Telefone: 219222130
E-mail:elisintraocidental@gmail.com